

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto
geradoras de bem-estar: um cuidado especializado**


Bárbara Isabel das Neves Vilela Teixeira

Orientador: Prof^a Maria Teresa Santana Felix

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”

Michel Odent

Dedico este trabalho aos meus amores e a todos aqueles que, de
alguma forma, me ajudaram na concretização
deste projeto pessoal e profissional.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

CPP- Contacto pele a pele

CTG – Cardiotocógrafo

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DR – Diário da República

EC – Ensino Clínico

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

IA – Índice de Apgar

ICM – International Confederation of Midwives

IG – Idade Gestacional

JBÍ - Joanna Briggs Institute

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de parto

RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e tem como objetivos descrever, analisar e avaliar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o período formativo. Foi escolhido o tema **posições verticais da parturiente no segundo estágio do trabalho de parto geradoras de bem-estar**, com o objetivo de identificar os benefícios e as estratégias facilitadoras da promoção das posições verticais durante o trabalho de parto e de promover de forma sustentada na evidência a qualidade dos cuidados especializados prestados, refletidos na saúde física e psicológica da mulher e do recém-nascido. Tendo como linha orientadora de pensamento a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e baseada na evidência científica atual resultante da Revisão Integrativa da Literatura realizada, foram tidos em conta os fatores de cuidar com a mulher/família no sentido de restituir à mulher o papel principal no seu parto, particularmente na escolha de posições facilitadoras do processo, enaltecendo a sua individualidade, o seu contexto sociocultural e promovendo uma vivência do trabalho de parto positiva e promotora de bem-estar. O uso de posições verticais durante o trabalho de parto, em particular no segundo estágio, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada tendo em conta a evidência científica dos seus benefícios tanto do ponto de vista fisiológico, com o aumento dos diâmetros pélvicos maternos, promoção de uma dinâmica uterina mais eficiente e menor compromisso da irrigação sanguínea do útero, como a nível psicológico, pois influenciam a forma como a mulher percebe o momento do parto e possibilitam uma vivência positiva do mesmo. A reflexão sobre a prática revelou a materialização das vantagens da utilização das posições verticais referidas na literatura, e sugerem o nosso dever enquanto EESMO de atualização constante perante as evidências emergentes para reajustar as práticas e promover a saúde e bem-estar das mães, recém-nascidos e respetivas famílias.

Palavras chave: Posições verticais, segundo estágio do trabalho de parto, fatores de cuidar e bem-estar.

ABSTRACT

This Stage Report was prepared under the skilled Nursing Care in Maternal Health, Obstetric and Gynaecologic Masters Course in Maternal Health Nursing and Obstetric, and its objective is to describe, analyze and evaluate the skills acquired and developed during the formative period. The theme **vertical parturient positions in the second stage of labor: welfare generators** was chosen, in order to identify the benefits and strategies to promote the vertical positions during labor and promote sustained evidence quality specialized care, reflected in the physical and psychological health of women and newborns. With Jean Watson's Theory of Human Caring guiding line of thought and based on current scientific evidence resulting from the Integrative Literature Review held, were taken into account the factors of caring for the woman/family in order to return to the woman the leading role in its delivery, particularly in the choice of facilitative process positions, highlighting their individuality, their sociocultural context and promoting positive labor living and wellness promoter. The use of vertical positions during labor, particularly in the second stage, has been increasingly regarding the current scientific evidence of its benefits both from the physiological point of view with increasing maternal pelvic diameters, promotion of more efficient uterine activity and lower commitment of blood irrigation of the uterus, such as the psychological level, influence how the woman perceives the labor and promotes a positive experience of it. Reflection on the practice revealed the materialization of the advantages from the use of vertical positions present in the Literature, which underlines our duty of EESMO to constant update our knowledge with the emerging scientific evidence to adjust the practices and promote health and well-being of mothers, newborn born and respective families.

Keywords: vertical positions, the second stage of labor, care factors and well-being.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. PLANO DE TRABALHO	15
1.1 Metodologia para a Revisão Integrativa da Literatura	16
1.2 Metodologia para o Desenvolvimento de Competências na Promoção de Posições Verticais no Segundo Estádio do Trabalho de Parto	22
2. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	25
2.1 Da Revisão Integrativa da Literatura Sobre as Posições Verticais no segundo Estádio do Trabalho de Parto	25
2.2 Da Teórica de Enfermagem Jean Watson	31
2.3 Da Prática dos Cuidados de Enfermagem Implementados para Aquisição de Competências Comuns e Específicas do EESMO	35
2.3.1 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	36
2.3.2 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	39
2.3.2.1 Cuidado especializado na promoção das posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto	45
2.3.3 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	54
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
4. LIMITAÇÕES	59
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICE I - Síntese dos artigos e registo da avaliação crítica dos artigos segundo JBI	
APÊNDICE II - Registo dos cuidados prestados no instrumento de registo de interação	

Índice de Quadros

Quadro 1. Questão PICO	17
Quadro 2. Fluxograma de seleção de artigos segundo o modelo JBI	20

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório surge inserido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo posteriormente sujeito a apreciação e discussão pública a fim de finalizar este ciclo de estudos com a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Para Salvador (1986) um relatório é uma descrição objetiva de acontecimentos, factos ou atividades, acompanhada por uma análise rigorosa dos resultados, sempre com o objetivo final de tirar conclusões ou tomar decisões. Nesta linha de pensamento, este relatório pretende representar o trabalho desenvolvido ao longo do percurso formativo, os objetivos e as estratégias definidas para a sua concretização assim como as competências adquiridas ao longo deste percurso.

Assim, perante aquilo que considero ser uma oportunidade de modular a minha aprendizagem e formação, procurei identificar uma temática de interesse pessoal e com fundamentação no meu quadro de referência enquanto enfermeira - Modelo Teórico de Jean Watson - Teoria do Cuidado Humano. A escolha deste modelo foi influenciada pelas afinidades individuais da minha personalidade, assim como pelas minhas vivências. A teórica de enfermagem Jean Watson baseou-se na Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson, estudou os aspetos psicológicos do ciclo de desenvolvimento pessoal e familiar, e descreveu os conflitos que são mais frequentes em cada etapa. A autora desde 1985 vem defendendo uma visão do cuidar como um ideal moral direcionado para a preservação da humanidade. O processo de cuidar é gerador de bem-estar e concretiza-se através da implementação de 10 fatores de cuidar na prática de cuidados, essenciais na atuação do EESMO como aliado e verdadeiro parceiro da mulher/família.

Atualmente, os cuidados de saúde enfatizam o bem-estar, sendo este aspeto fundamental quando a gravidez, o parto e pós-parto se constituem como fenómenos de realização pessoal no processo de desenvolvimento humano. Assim, o EESMO encontra-se numa posição privilegiada para adequar os cuidados prestados ao bem-

estar das famílias, devendo os seus conhecimentos e as suas intervenções centrar-se na unidade familiar enquanto foco de cuidados. Para Watson (2002, p.87) “o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, corpo e alma o que vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, enquanto permite o crescimento da diversidade”.

Com este Relatório pretendo dar resposta ao projeto de estágio previamente elaborado e dar a conhecer à luz de um pensamento crítico e reflexivo, as competências comuns e específicas do EESMOG desenvolvidas.

Assim, tendo como base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, este relatório visa demonstrar a aquisição destas competências com base na evidência científica atual, no sentido de promover o empoderamento da mulher/família, para que vivam a gravidez, trabalho de parto e pós-parto de forma plena, esclarecida e de acordo com as suas expectativas.

Neste sentido foram delineados 4 objetivos gerais:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade.

Estes objetivos vão ao encontro das competências do EESMOG H2, H3, e H4, definidas pela OE em 2011 (p.4 -6). Sendo elas:

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

De acordo com as competências a desenvolver, propus-me aprofundar conhecimentos como forma de experienciar um método que permita basear a prática na evidência e que se traduz na **promoção de posições verticais à parturiente no segundo estágio do TP geradoras de bem-estar.**

A escolha do tema, está relacionada com a importância que atribuo à fisiologia do parto natural/respeitado e por considerar que a mulher deve ter um papel pró-ativo durante o TP devendo ser respeitada para que os seus desejos sejam realizados permitindo uma experiência de parto positiva. O autor Brazelton (1992) refere que devemos fornecer a informação e as opções necessárias à mulher para que possa fazer escolhas esclarecidas no seu parto, sendo esta um aspeto crucial de apoio e de valorização para uma tomada de decisão fundamentada.

A realização da Revisão da Literatura assume aqui um papel fulcral, pois o conhecimento profundo e sobretudo sempre atualizado são a base para um desenvolvimento de competências estruturado e alicerçado, para uma prática baseada na evidência. Esta Revisão, surge, nos dias de hoje, como uma forte tendência para colmatar a necessidade de organizar o elevado número de produtos, intervenções, tecnologias, medicamentos e terapias, no âmbito da tomada de decisão em saúde (Lopes & Fracolli, 2008). Neste pressuposto, utilizei a prática baseada na evidência como base de trabalho para a promoção de posições verticais no 2º estágio do TP.

O parto realizado em meio hospitalar geralmente corresponde a um período em que a mulher perde a sua privacidade, individualidade e o seu papel de protagonista, sendo remetida para um papel passivo, afastada do apoio emocional familiar e do seu

contexto social, podendo sentir-se mais vulnerável, fragilizada e dependente, entregando-se aos cuidados dos profissionais de saúde que passam a assumir o controle do seu parto.

A corroborar esta ideia Castro & Clapis (2005) defendem que com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento de uma linha de cuidados centrada no carinho e no apoio às mulheres que vivenciam a experiência do parto.

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde Português, têm proposto mudanças nesta assistência, incluindo a recuperação do parto natural com a atuação em primeira linha do EESMO. Inclusivamente, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, com a colaboração da Federação de Associações de Matronas de Espanha, apresentou um documento de consenso intitulado “Iniciativa Parto Normal” (IPN, 2009), baseando-se na evidência científica, onde definiu e elaborou estratégias para a assistência ao parto normal que estão em concordância com o referido pela OMS (1996). Em Maio de 2012, em Portugal surge um documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal” subscrito pela Direção Geral de Saúde, pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras e pela Ordem dos Enfermeiros, onde definem práticas promotoras do parto normal. Aludem para o dever dos profissionais em “fomentar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto (...) incluindo: apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (p. 23).

Por outro lado, a mulher parece desconhecer os direitos que tem sobre o seu próprio corpo e estado de saúde, cedendo as suas preferências e projetos em detrimento de rotinas e normas cuja finalidade é, muitas vezes, facilitar apenas a ação dos profissionais de saúde. Uma destas rotinas é a generalização da posição de litotomia no período expulsivo, independentemente da condição ou escolha da mulher. Esta opinião é defendida por Santos, Souza, Pinheiro, Santos, Monticelli & Diniz (2009) que afirmam que na atualidade a maioria das mulheres ocidentais têm os seus partos em decúbito dorsal. A complementar a mesma ideia Gottvall, Allebeck & Ekéus

(2007) afirmam que em muitas sociedades as parteiras e os médicos obstetras influenciam as mulheres a parir em litotomia, muitas vezes com os membros inferiores presos em perneiras para facilitar as diferentes manobras obstétricas.

Segundo a OMS (1996) as mulheres podem adotar qualquer posição que lhes agrade e devem evitar longos períodos em decúbito dorsal. Compete ao EESMO mobilizar os fatores de cuidar, possibilitando uma decisão livre, apoiada e esclarecida por parte da parturiente, aumentando o seu bem-estar e tornando a sua experiência de parto plena.

De acordo com Gupta & Nikodem (2000) “a posição afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto. Mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação. Deste modo, a mulher em trabalho de parto deve ser encorajada a adotar as posições que considere mais confortáveis” (Lowdermilk & Perry 2008, p.344). A mulher deve ter o direito de decidir pela posição que seja mais confortável, deve responder às necessidades manifestadas pelo corpo e perceber o que é melhor para si.

As posições verticais, em particular no segundo estágio do TP, apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, promovem uma dinâmica uterina mais eficiente e um menor compromisso da irrigação sanguínea do útero (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012). Mais, promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna, maximizam os esforços expulsivos maternos e facilitam a progressão na descida fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Devem, portanto, ser privilegiadas aquando da escolha da posição de parto (Lewis, Webster, Carter, McVeigh & Devenish-Meares, 2002; Gupta & Nikodem, 2000).

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica lançou o projeto Maternidade com Qualidade (2013) com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelo EESMO em Sala de Partos, respeitando os direitos da mulher, a satisfação das suas necessidades e expectativas. Para isto foram desenvolvidos um conjunto de indicadores de evidência e medida dos quais se destaca o estímulo a posições não supinas durante o TP (MCEESMO, 2013). Neste sentido, ao promover os fatores de cuidar facilitadores da

adoção de posições verticais, torna-se óbvio o meu contributo para esta causa e sobretudo para a qualidade dos cuidados especializados prestados em Sala de Partos.

O presente documento encontra-se dividido em quatro capítulos, que se interligam e complementam entre si. Um primeiro capítulo onde procuro dar a conhecer a metodologia para a Revisão Integrativa da Literatura e para o desenvolvimento de competências na promoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto. O segundo capítulo incide sobre os resultados da aprendizagem da Revisão da Literatura pois estes fazem parte da evidência científica em que me baseei, da teórica de enfermagem Jean Watson para a construção dos processos de cuidar, e da prática dos cuidados de enfermagem implementados para aquisição de competências comuns e específicas do EESMO, desenvolvidas à luz de um pensamento crítico-reflexivo. Num terceiro capítulo, abordam-se questões éticas pertinentes e por último analisam-se as limitações encontradas. A título conclusivo, apresentam-se as principais ilações deste relatório, explicitando os seus contributos e perspetivas futuras.

Este trabalho está desenvolvido consoante o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (2016) e está redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. PLANO DE TRABALHO

Neste capítulo serão abordadas as metodologias para a Revisão Integrativa da Literatura e para o desenvolvimento de Competências na promoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, as quais sustentaram a minha prática de cuidados.

Sendo a Enfermagem uma atividade de tal forma preponderante na efetividade dos cuidados de saúde a nível mundial, esta assenta nos princípios da Prática Baseada na Evidência, método de pesquisa e fundamentação desenvolvido pelo epidemiologista Archie Cochrane. Assim, e segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008), um dos propósitos da PBE é fomentar a pesquisa científica na prática clínica, aplicando os resultados dessa pesquisa nos cuidados de saúde.

Como referem Craig & Smyth (2004), a estratégia para a enfermagem reflete o compromisso do desenvolvimento da qualidade, com serviços de saúde centrados nas pessoas, e baseados na evidência, realçando a necessidade de uma sólida base da evidência para, entre outras, a enfermagem obstétrica. A perspetiva para a enfermagem é que todos os enfermeiros procurem a evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação e desenvolvimento, com resultados de qualidade e com custo efetivo.

Assim, para Mendes, Silveira & Galvão (2008, p.759):

o uso de evidências científicas requer habilidades do profissional de saúde, pois exige associar resultados oriundos de pesquisas na prática clínica para a resolução de problemas(...)A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da PBE, e dessa maneira, para a implementação desta abordagem na enfermagem, o enfermeiro necessita saber como obter, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do cliente na tomada de decisões na assistência de enfermagem aos clientes/famílias.

No movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis, do tema investigado, de entre estes destacam-se a revisão sistemática e a revisão integrativa (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Seguidamente abordarei o método da revisão integrativa da literatura, tendo sido o método escolhido para basear a minha prática de cuidados na evidência científica mais atual.

1.1. Metodologia para a Revisão Integrativa da Literatura

A metodologia foi escolhida, pela sua pertinência e características, que se mostrou relevante e direcionada aos objetivos do projeto. Para Mendes, Silveira & Galvão (2008) de entre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, e a combinação de dados de literatura teórica e empírica, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Assim, “a variedade na composição da amostra na revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p.760).

Para Botelho, Cunha e Macedo (2011) o termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, englobando seis etapas.

A primeira etapa baseia-se na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, iniciando-se com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa, seguindo-se a definição dos descritores ou palavras-chave, a estratégia de pesquisa bem como de dados a serem utilizados.

Assim, e tendo por base a premissa do papel fundamental que o EESMO desempenha na assistência à grávida/parturiente e sua família, visando o seu bem-estar, em particular no desenrolar do TP, selecionei a temática da adoção de posições verticais durante o 2º estágio de trabalho de parto, formulando a questão **PI[C]O** (Quadro 1) **“Quais os benefícios para a parturiente e recém-nascido, na adoção de posições verticais, durante o segundo estágio do trabalho de parto?”**

Quadro 1. Questão PICO

Questão PICO	
P	Parturientes e recém –nascidos
I	Adoção de posições verticais no 2º estágio do trabalho de parto
[C]	
O	Benefícios para a parturiente e recém-nascido

A segunda etapa implica o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, iniciando-se então a pesquisa nas bases de dados, para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão.

A terceira etapa consiste na identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, realizando-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de pesquisa, para posteriormente verificar a sua adequação aos critérios de inclusão do estudo, elaborase então, uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa.

Conforme os parâmetros enunciados, a revisão integrativa partiu de uma pesquisa no motor de busca: EBSCO-Host, no dia 04/06/2012, cujo acesso foi providenciado pela ESEL.

Esta pesquisa foi conduzida através das bases de dados CINAHL plus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, e, MEDLINE with Full Text, por serem as mais adequadas à temática da prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica.

Os critérios iniciais selecionados para delimitar esta pesquisa foram:

- Artigo em PDF completo e gratuito;
- Publicado no período cronológico compreendido entre: 01/01/2002 e 04/06/2012;
- Língua Inglesa e Portuguesa;

- Artigos que respondam à temática em estudo

Consoante os parâmetros enunciados, a pesquisa foi efetuada conjugando o seguinte conjunto total de descritores com o operador booleano “OR”: birth positions, vertical delivery, mobility labour, upright position, women’s position in labour, squatting, hands and knees positioning, accoucheur, supine position labour, e, maternal position birth labor. Destes apenas um está indexado às bases de dados (birth positions) e os restantes em linguagem natural. Esta resultou num conjunto de 233 Artigos, pelo que foi necessário proceder a uma filtragem dos mesmos. Foram excluídos todos os artigos cuja temática não estava relacionada com o objeto de estudo, artigos incompletos, e artigos repetidos em diferentes bases de dados.

Esta estratégia de seleção de Artigos para análise resultou num conjunto final de 6 artigos (n=6).

Posteriormente, e consoante o intervalo de tempo até à conclusão do ER, senti necessidade de efetuar uma nova pesquisa para averiguar a relevância de novos documentos presentes nas bases de dados.

Assim foi efetuada nova pesquisa no motor de busca EBSCO-Host, no dia 16/02/2016, cujo acesso foi providenciado novamente pela ESEL, nas bases de dados CINAHL Plus (with full text), e MEDLINE (with full text), com os seguintes critérios:

- Artigo em PDF completo e gratuito;
- Publicado no período cronológico compreendido entre: 01/01/2004 e 01/01/2016;
- Língua Inglesa e Portuguesa;

Com os seguintes descritores:

- Birthing Positions (Descritor Indexado);
- Non-Supine Delivery (linguagem natural);
- Upright Delivery (linguagem natural);
- Upright Position (linguagem natural), e, Labor Stage Second (Descritor Indexado) conjugados com o operador Booleano “AND”;

- Supine Position (Descritor Indexado), e, Labor Stage Second (Descritor Indexado) conjugados com o operador Booleano “AND”;

- Maternal Position (linguagem natural), e, Birth (linguagem natural), conjugados com o operador Booleano “AND”.

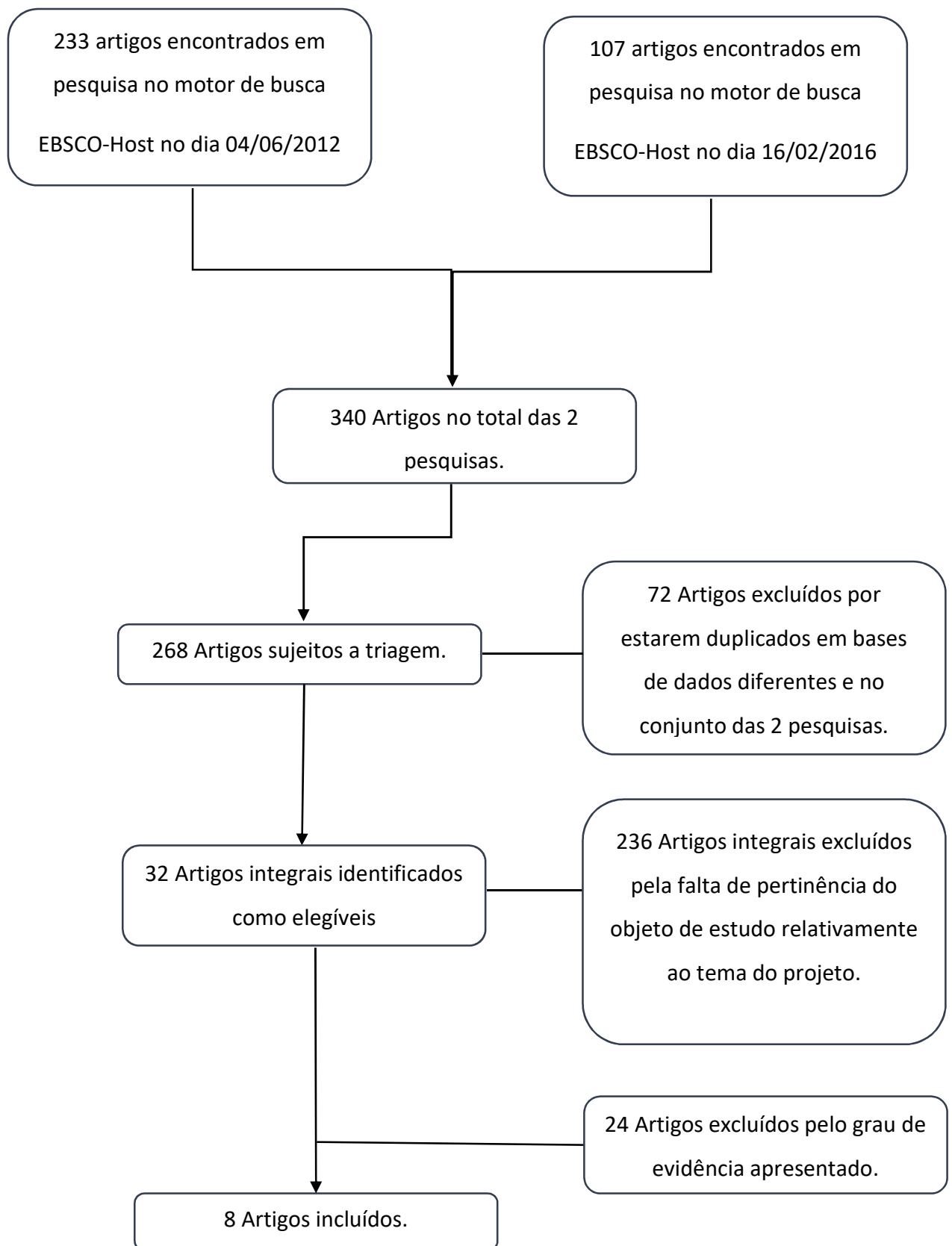
Realizaram-se as 6 buscas independentes e posteriormente outra pesquisa conjunta que combinou todos os resultados com o operador Booleano “OR”, resultando num conjunto total de 107 Artigos. Sendo esta pesquisa um complemento à pesquisa inicial, foi elaborada uma filtragem dos resultados não só referente à relação com o objeto de estudo, mas também à conjugação com os artigos já selecionados.

Assim, foram excluídos os artigos cuja temática não tem relação com o objeto de estudo, os artigos incompletos, os artigos repetidos nas duas bases de dados utilizadas, e, os artigos repetidos nas duas pesquisas, o que resultou num conjunto total de 2 artigos (N=2).

A conjugação das duas pesquisas (2012: N=6; e, 2016: N=2) resultou num conjunto final de 8 artigos incluídos na revisão que foram analisados de forma criteriosa em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo a análise do conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. Estes foram ainda submetidos a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da JBI (2011) (*QARI critical appraisal tools* e *MAStARI critical appraisal tools*) e foram utilizados por atingirem um score superior ou igual a 6 como consta no Apêndice I.

O processo metodológico de seleção de Artigos para análise encontra-se esquematizado no seguinte Quadro 2:

Quadro 2. Fluxograma de seleção de artigos segundo o modelo JBI



A quarta etapa consiste em categorizar os estudos selecionados tendo por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontradas nas fases anteriores, devendo incluir por exemplo: tamanho da amostra, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de análise, como foi referido anteriormente (apêndice I).

A quinta etapa baseia-se na análise e interpretação dos resultados, tendo precedido à discussão sobre os textos analisados identificando lacunas de conhecimento existentes.

Por fim, a sexta etapa consiste na apresentação da revisão/síntese do conhecimento devendo permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregues na elaboração da revisão.

O processo progressivo e constante de pesquisa bibliográfica, inerente à metodologia da revisão integrativa, contribuiu para a construção da evidência que fundamentou a minha prática de cuidados.

Relativamente à colheita dos dados durante a interação, esta foi realizada a partir da observação participante, a qual, foi objeto de reflexão ao longo do ER, de modo a ajustar progressivamente os cuidados às famílias, cuidados estes geradores de bem-estar e registados no instrumento em apêndice (apêndice II).

1.2. Metodologia para o Desenvolvimento de Competências na Promoção de Posições Verticais no Segundo Estádio do Trabalho de Parto

Neste subcapítulo abordarei a proposta delineada no projeto de estágio referente ao tema, apresentando o planeamento de atividades, objetivos e resultados esperados de acordo com cada competência a ser atingida. Na implementação em contextos de prática de cuidados, foi mobilizada a teoria de Watson, focando-me nos dez fatores de cuidar que alicerçam o meu pensamento e a minha ação.

Competência: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (H2).

Atividades:

- Apresentar as conclusões da revisão bibliográfica integrativa aos EESMO;
- Identificar os conhecimentos das grávidas relativamente a posições que podem adotar no período expulsivo;
- Instruir as grávidas sobre as diferentes posições fundamentando com os respetivos benefícios da sua utilização;
- Identificar que posições são ensinadas/treinadas nos cursos de preparação para a parentalidade à mulher para o período expulsivo;
- Participar nos cursos de preparação para a parentalidade, ensinando, instruindo, treinando as posições verticais para o período expulsivo.

Objetivos:

- Colher dados relativos à posição que é ensinada à mulher para parir;
- Sensibilizar os EESMO e as grávidas sobre o tema;
- Integrar os cursos de preparação para a parentalidade contribuindo para o empoderamento das mulheres das diferentes posições.

Competência: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (H3).

Atividades:

- Assistir a parturiente/acompanhante no segundo estágio do trabalho de parto com a mulher em posição não supina;
- Registrar os outcomes/resultados (através de um instrumento de registo) maternos e do recém-nascido dos partos que forem realizados em posições “não supinas”.

Nota: planeei que estas atividades dependeriam de um conjunto de fatores:

- ✓ Consentimento informado da mulher;
- ✓ Consentimento do orientador clínico;
- ✓ Bem-estar materno fetal presente;
- ✓ Gravidez de termo (pelo menos 37 semanas de gestação) e sem patologia. (Não foram feitos estudos em partos de gravidezes pré-termo e com patologia)

Objetivos:

- Identificar a melhor evidência disponível sobre o tema;
- Mobilizar a evidência científica na prática de cuidados;
- Tomar a decisão fundamentada sobre a posição a adotar no período expulsivo;
- Explorar o papel do EESMO na escolha da mulher, relativamente à posição para parir;
- Realizar educação para a saúde e treino com a mulher/acompanhante sobre as diferentes posições, durante o período expulsivo;
- Promover o controlo da mulher sobre o seu parto;
- Promover a satisfação e bem-estar da mulher com o seu parto;
- Sensibilizar os EESMO sobre a necessidade de desenvolverem competências que lhes permitam assistir o período expulsivo em posições não supinas;

- Recolher dados que permitissem a redação de um relatório final que explicita e reflita a prática baseada na evidência científica.

Competência: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (H4).

Atividades:

Realizar registros dos cuidados prestados no bloco de partos, às puérperas internadas no serviço, no sentido de identificar:

- A posição adotada pela mulher no período expulsivo;
- Os benefícios sentidos com o uso da posição não supina;
- A percepção das mulheres em relação ao seu parto em posição não supina.

Objetivos:

- Fundamentar a escolha/pertinência do meu trabalho;
- Identificar as diferentes posições utilizadas no período expulsivo;
- Identificar a percepção da puérpera sobre o seu parto.

Resultados esperados - Pretendi adquirir competências que me permitam cuidar/assistir a mulher no segundo estágio do trabalho de parto em posição não supina, de acordo com o seu consentimento informado, e, esperando com a implementação das intervenções acima descritas nos diversos EC, sensibilizar a equipa de saúde e mulheres para a importância da adoção de diferentes posições no 2º Estágio do TP, no sentido de promover a participação mais ativa da mulher no seu parto, ao longo do meu processo formativo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

Os resultados de aprendizagem explicitados seguidamente integram a pesquisa bibliográfica sobre o tema, a teoria de Jean Watson e por último a simbiose decorrente da sua implementação na prática de cuidados durante o percurso formativo.

2.1. Da Revisão Integrativa da Literatura Sobre as Posições Verticais no Segundo Estádio do Trabalho de Parto

Tendo por base os artigos selecionados, e outras fontes de referência pesquisadas, são vários os estudos elaborados por diversos autores que avaliam as vantagens e desvantagens das várias posições de parto, em comparação com a posição de supina.

Sendo o processo de parto um fenómeno único e natural, cujo principal interveniente é a parturiente, Jonge, Teunissen, & Lagro-Janssen (2004a) afirma que as mulheres que adotam posições não-supinas relatam uma maior satisfação com a experiência de parto e uma intensidade de dor inferior em comparação com as mulheres que adotam a posição supina.

A acrescentar esta ideia, Simkin & Ancheta (2005); Simkin & O'Hara (2002) citado por Difranco, Keen, & Romano (2007), defendem que a adoção de várias posições durante o segundo estágio do trabalho de parto facilita o movimento descendente do feto, possibilitando as rotações necessárias para a passagem nas diferentes zonas do pavimento pélvico. O autor afirma que não há uma posição ideal para cada mulher. Cada posição tem vantagens e desvantagens e podem ser vantajosas em diferentes situações.

Assim, Gupta, & Hofmeyr (2009), cita vários autores (Ang 1969; Humphrey 1974; Scott 1963, Caldeyro-Barcia 1960; Méndez-Bauer 1975, Gold 1950, Borell 1957, Russell 1969, Gupta 1991; Lilford 1989; Russell 1982) para descrever as várias vantagens fisiológicas que têm sido associadas à adoção de posições não-supinas: beneficiar da força da gravidade, menor risco de compressão da artéria aorta e veia

cava inferior e melhores resultados de parâmetros ácido-base nos recém-nascidos, contrações uterinas mais intensas e mais eficientes, e, melhor alinhamento do feto com a passagem pela bacia devido a maiores diâmetros internos do pavimento pélvico - conjugado, transverso e oblíquo - confirmados por radiologia nas posições de cócaras e de quatro apoios.

Baseada na mobilidade natural das articulações pélvicas, Simkin (2003), analisou vários estudos sobre a mobilidade pélvica, concluindo que as dimensões pélvicas se alteram consoante a posição adotada pelas parturientes. Segundo a autora nas posições de cócaras e de quatro apoios, o diâmetro do estreito inferior e o diâmetro do estreito médio são significativamente maiores do que na posição de supina. Além disso a posição de cócaras aumenta também o diâmetro delimitado pelas tuberosidades isquiáticas (diâmetro transverso do estreito inferior da bacia) e diminui o diâmetro do conjugado obstétrico, alargando os diâmetros interiores do pavimento pélvico e contraindo-a em altura, diminuindo a extensão do trajeto do feto pela mesma.

Os autores Gupta & Hofmeyr (2009), elaboram também uma análise mais detalhada sobre algumas das posições de parto, na qual evidenciam características, vantagens e desvantagens de cada uma delas:

Posições não-supinas, como a posição vertical, de joelhos ou quatro apoios, e a posição de cócaras beneficiam do efeito da gravidade que ajuda no movimento descendente do feto.

A posição de cócaras aumenta o diâmetro da bacia, providenciando mais espaço para o feto passar/descer. No entanto é também a posição mais cansativa.

A posição de litotomia, com os membros inferiores da parturiente presos por perneiras é usada em muitas instituições, tanto em partos distócicos, como em partos eutócicos. O uso de perneiras pode ser combinado em posições com inclinação pélvica lateral, ou com posições semi-reclinadas, com a mulher inclinada 45° para reduzir a compressão na veia cava e na artéria aorta.

A posição lateral reclinada (*recumbent*) também é usada, com a vantagem de evitar a compressão uterina da artéria aorta e da veia cava inferior.

A posição McRobert's, semi-reclinada com os membros inferiores em flexão e próximos do tronco, foi introduzida com o intuito de evitar ou corrigir a distócia de ombros, e revela um aumento da força expulsiva durante o segundo estágio quando comparada com a posição de supina.

O uso da cadeira de parto (posição sentada) foi estudado, mas a maior parte dos estudos incidiu sobre pequenas amostras, além de revelar dados conflituosos acerca das vantagens e desvantagens da mesma.

As posições de joelhos, podem variar entre a posição de quatro apoios, com os joelhos e as mãos no plano, de joelhos com inclinação apoiada, e de joelhos sem inclinação do tronco.

Um estudo controlado randomizado analisou os benefícios da adoção da posição de 4 apoios quando a variedade fetal era occipito-posterior tendo concluído que a mesma reduz significativamente a dor lombar persistente para além de melhores índices de rotação espontânea do feto para occipito-anterior evitando em alguns casos partos distócicos (Stremmler, Hodnett, Petryshen, Stevens, Weston & Wilan, 2005).

Acerca da mesma variedade fetal, uma revisão sistemática da literatura de Simkin (2010) deduz que a adoção de posições não-supinas e a livre movimentação pélvica por parte da parturiente facilita a rotação fetal, refletindo-se na diminuição da duração do 2º estágio do TP. A autora refere que a maior parte dos fetos em variedade occipito-posterior roda naturalmente para a variedade occipito-anterior (posição expulsiva correta), sendo que o atraso desta rotação prolonga o 1º e o 2º estágio do TP, e sugere que, embora não existam estudos acerca desta relação, a diminuição da duração do TP em posições verticalizadas pode indicar essa rotação espontânea, ou seja, o facto de haver livre movimentação pélvica da parturiente, permite ao feto encontrar mais facilmente a posição correta para o nascimento diminuindo assim a duração do TP.

A posição de cócaras (*squatting*) é por norma designada como a posição mais natural, e é a mais adotada quando uma mulher é deixada sozinha a parir e tem de escolher a posição por si. A maior desvantagem da posição de cócaras é que se torna extremamente cansativa para as mulheres Ocidentais, pois não possuem a resistência muscular necessária para permanecerem nessa posição durante um longo período.

Desta forma, o uso da posição de cócaras apoiada numa estrutura metálica das camas de parto - cama com barra (*birthing stool*), ou numa almofada de parto, é uma solução para a adoção desta posição durante longos períodos de tempo (Gupta & Hofmeyr 2009). Os autores referem ainda que o uso desta posição leva à ocorrência de um maior número de lacerações perineais de 2º grau, no entanto esta afirmação é contraditória com o estudo de Jonge, Diem, Sheepers, Buitendijk, & Lagro-Janssen (2010), que concluem que a adoção de posições não-supinas além de diminuir a ocorrência de episiotomias, não aumenta o risco de ocorrência de lacerações de períneo. Em consonância com estudo de Jonge et al. (2010) os autores Terry, Westcott, O'Shea, & Kelly (2006) realizaram um ensaio clínico não randomizado, comparando as implicações para as parturientes e RN da adoção da posição de supina com posições não supinas e constataram que quase 3 vezes mais mulheres que pariram em posições não supinas tiveram um períneo intacto, em comparação com as do grupo de supina. Também as lacerações existentes foram maioritariamente de 1º grau, ao contrário do grupo de supina que apresentaram maior incidência de lacerações de 2º e 3º graus. Também, Soong & Barmes (2005), verificaram nos seus estudos que a posição semi-reclinada aumenta significativamente o risco de lesões perineais, contrariamente à posição de 4 apoios que diminui esta ocorrência. As autoras identificaram ainda que existem 4 fatores principais que estão associados à ocorrência de lesões perineais: primíparas, uso de analgesia epidural, cabeça fetal defletida, peso do RN igual ou superior a 3,5 kg.

Em 2007, Jonge, Lagro-Janssen, Scheepers, Bruin, & Diem, elaborou um estudo no qual avaliou a relação de várias posições não-supinas com a quantidade de sangue perdido durante o parto. Dessa análise, concluiu que as posições, sentada e semi-sentada aumentam a hemorragia em casos com lacerações de períneo, devido à compressão dos vasos sanguíneos e consequente obstrução do retorno do sangue venoso. Em casos de parturientes com o períneo intacto não existe aumento da perda de sangue, em relação a posições supinas.

Estes dados divergem do estudo de Terry, et al. (2006) cujos resultados indicaram que a perda sanguínea das mulheres que adotaram a posição de supina no TP é em média, 65 cm³ superior à das mulheres que adotaram posições não supinas, sugerindo que a verticalização do TP é segura e que deve ser recomendada.

Segundo Roberts, Algert, Cameron, & Torvaldsen, (2005), um dos fatores associado ao grande número de partos instrumentalizados é o uso de analgesia epidural, o que aumenta o risco de lacerações perineais e do esfíncter anal, podendo provocar incontinência urinária, problemas intestinais ou de ordem sexual (dispareunia). Refere ainda que vários ensaios em partos verticalizados sem uso de epidural, demonstraram uma redução de 18% do número de partos instrumentalizados e uma pequena redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto. No entanto, o atual uso de doses inferiores de analgesia epidural significa que as mulheres sob o seu efeito já não têm que permanecer confinadas à cama, e mesmo nela, podem movimentar-se para adotar várias posições.

Um dos fatores indicativos da segurança na adoção de posições verticais no segundo estágio do TP é o Índice de Apgar dos recém-nascidos. No estudo de Santos, Souza, Pinheiro, Santos, Monticelli, & Diniz (2009) a presença de hipoxia no parto geralmente reflete-se na queda dos IA no 1º e 5º minuto; não obstante, este índice, quando avaliado no 5º minuto, apresenta uma associação mais forte com hipoxia neonatal do que o avaliado no 1º minuto, pois apresenta uma maior associação com acidose metabólica. O autor conclui, após análise de 8.538 partos, que os partos em que se assumiram posições verticais no segundo estágio do TP proporcionaram melhores condições neuro-cardio-respiratórias dos recém-nascidos, avaliadas pelo IA no 1º e 5º minuto, e nas parturientes adolescentes esta melhoria foi ainda mais pronunciada. Desta forma, salienta que (p.7):

dada a segurança, efetividade e alta aceitabilidade desta medida, é urgente que os serviços de saúde ofereçam esta possibilidade de escolha para todas as gestantes que assim prefiram ter seu parto (...) as mudanças exigidas para a incorporação de tal medida, simples e de baixo custo, requerem educação permanente dos profissionais, particularmente dos médicos e das enfermeiras, sobre as evidências científicas e sobre como assistir o parto em diferentes posições maternas.

Perante os dados obtidos da análise de vários estudos, Gupta & Hofmeyr (2009) afirma que a abordagem instrumentalizada ao parto é vista como uma desconsideração ao conforto das parturientes, tornando o parto num evento negativo, abusivo, humilhante, em que as mulheres se sentem destituídas das suas capacidades naturais.

Como referido anteriormente, Jonge et al. (2007) afirma que as mulheres que adotam posições não-supinas reportam menor intensidade de dor, e referem sensação de controlo sobre o seu parto por lhes ser dada a possibilidade de escolherem as posições que desejam, promovendo assim experiências de parto mais positivas.

Um estudo elaborado na Holanda com amostra de 1030 parturientes relaciona a posição adotada durante o TP com a sensação de controlo por parte da mulher, e conclui que a escolha de posições não-supinas reflete a vontade das parturientes em participarem ativamente no seu parto e resulta em experiências de parto mais gratificantes (Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen, 2012a). O mesmo autor revela também que, relacionando dados demográficos com os resultados, as parturientes que optam por posições não-supinas têm, por norma, um alto de grau de escolaridade, e frequentaram aulas de preparação para o parto. Estes parâmetros indicam que a adoção de uma atitude passiva no trabalho de parto pode advir da falta de informação facultada pelos profissionais na vigilância pré-natal.

Constata-se haver dados científicos suficientes que sustentam a ideia que a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP possui benefícios relativamente à adoção por parte da parturiente da posição de litotomia. Desta forma, e consoante a necessidade de estabelecer procedimentos orientadores que possibilitem efetivar a prática baseada na evidência, desenvolvi um plano metodológico sustentado nos 10 fatores de Cuidar da teórica Jean Watson, cujos princípios atuam como guia orientador e promovem o bem-estar integral das parturientes e respetivas famílias.

2.2. Da Teórica de Enfermagem Jean Watson

A Organização Mundial de Saúde em 1946, definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

À luz de Watson (1999, p.86) “saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma (...) está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado”. Mal-estar é definido pela autora como (p.86):

uma inquietação ou desarmonia (...) na mente, no corpo e na alma, quer conscientemente quer inconscientemente. Mal-estar conota uma incongruência sentida no íntimo da pessoa tal como uma incongruência entre o Eu como é percebido e o Eu como é experienciado. Uma alma perturbada pode levar ao mal-estar, e o mal-estar pode produzir doença.

Perante estas definições posso afirmar que saúde e **bem-estar** são indissociáveis, estando dependentes de fatores físicos, psicológicos e sociais. Os autores Ryff & Keyes (1995) diferenciam seis fatores de bem-estar: autoaceitação, a sensação de se ter "controle sobre o ambiente", a sensação de se viver uma "vida cheia de sentido", a procura de crescimento pessoal, relações sociais positivas e autonomia.

Segundo Watson (1999) quando o enfermeiro cuida, ajuda os indivíduos a encontrarem significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo autocontrolo, bem-estar, e a autodeterminação nas decisões saúde/doença. O cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade. A essência da enfermagem requer sensibilidade e co-participação entre o enfermeiro e a mulher/família. A mesma refere que as intervenções de enfermagem têm por base uma relação transpessoal do cuidar, só conseguida através de 10 fatores de cuidar: “uma relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial de cuidar - uma união com outra pessoa - elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo” (Watson, 2002, p.111). Defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar autocontrolo, autoconhecimento e a promover mudanças nos hábitos de saúde, sendo possível através da utilização dos 10 fatores de cuidar na prática de cuidados. A aplicação e

análise desses fatores foi desenvolvida por Silva, Nascimento, Virgílio, & Mendonça (2002), no artigo “Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência”, no qual me baseei para integrar os 10 fatores na prática de cuidados ao longo dos vários EC e ER:

Fator 1. Formação de um sistema de valores humanista – altruísta. Este fator de cuidar reflete os valores pessoais de quem cuida e de quem é cuidado (mulher/família), e mostra o que a pessoa é na sua mais ínfima essência. O cuidado deve ser baseado num conjunto de valores humanos universais como: bondade, interesse e amor por si e pelos outros. Os valores humanista-altruísta emergem do compromisso e da satisfação pessoal em auxiliar o outro, o enfermeiro que expressa um comportamento altruísta em relação a si e aos outros, possui melhores condições para vivenciar o cuidado humano. Para que a relação de cuidar seja efetiva é necessário conhecer e respeitar o sistema de valores individuais, estar atenta às necessidades da mulher/família a ser cuidada.

Fator 2. Promoção da fé-esperança. Os profissionais de saúde não podem ignorar o importante papel da fé-esperança no cuidado e no processo de cura. Os efeitos terapêuticos da fé-esperança têm sido documentados e têm sido importantes no tratamento de qualquer situação de crise/doença. Promover a fé é acreditar e fazer crer na possibilidade de mudança, de gerar motivação, promover o desenvolvimento das suas forças e capacidades interiores favorecendo o bem-estar. No bloco de partos a aplicação deste fator foi indispensável para todo o TP, pois sendo este um processo muitas vezes moroso e cansativo a mulher facilmente entra em desespero, sendo a fé e esperança uma importante fonte de motivação que pretendi mobilizar.

Fator 3. Cultivo de sensibilidade do próprio “eu” e das demais pessoas. Este fator sensibiliza-nos para a necessidade de existência de emoção na relação de cuidado, relação essa que deve ser afetiva, empática e humanizada. Para tal é necessário o enfermeiro desenvolver um nível de consciência sobre os próprios sentimentos e entender o seu ser como parte integrante na interação, pois à medida que expressamos os nossos sentimentos, expressamos a nossa humanidade. Quando reconhecemos e usamos a nossa sensibilidade, promovemos o auto-desenvolvimento e a auto-realização e encorajamos o mesmo processo nas

mulheres/famílias. Assim, podemos contribuir para que elas se sintam compreendidas, aceites e capazes de se mover em direção a uma maior concretização e comprometimento com o seu processo evolutivo da gravidez e do TP.

Fator 4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança. Este fator tem por objetivo originar vínculo entre os participantes do processo de cuidado, vínculo esse que é fundamental para que o processo de crise/doença, aqui considerado o TP, se torne o menos traumático possível. A relação acontece pela presença de empatia, respeito, compatibilidade e calidez para que se gere ajuda e confiança entre os participantes. Ser autêntico, expressar a nossa sensibilidade e interesse para com a mulher/família sobre as suas propostas/desejos durante o TP e as posições que pretende adotar evitando julgamentos, foram fundamentais para que se desenvolvesse uma relação de ajuda-confiança.

Fator 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. No processo de cuidado é necessário haver espaço para a expressão de sentimentos, deixando fluir a sensibilidade, de forma a aliviar o sofrimento da mulher/família promovendo a sua integridade emocional. Para tal foi importante estar aberto a estes, mostrar disponibilidade e, assim, compreender o significado de estar com a mulher/família, estimulando a verbalização dos seus medos e receios durante a sua gravidez e TP promovendo o seu bem-estar.

Fator 6. Uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão. O método científico é o único método que permite o controle e a previsão dos problemas, possibilitando a autocorreção. Para a aplicação deste fator foi necessário estar bem fundamentada com evidência científica atual. Assim, a revisão da literatura realizada permitiu-me no ER identificar a evolução do TP, confrontando com os dados de apreciação realizados através, da observação física da parturiente, das suas manifestações verbais e não verbais, dos registos no partograma, permitindo-me a mobilização científica na prática de cuidados e o reajuste permanente dos mesmos.

Fator 7. Promoção do ensino – aprendizagem. Relaciona-se com os subsídios que os enfermeiros concedem às mulheres/famílias de forma a que haja um entendimento da sua situação colaborando para o seu bem-estar. Informar sobre a

sua situação concreta e a evolução do TP foi uma forma explícita de reduzir o medo e a ansiedade associado ao stress. O processo ensino aprendizagem é vital no cuidado à mulher e também à família de forma a promover a saúde. Esta promoção de ensino aprendizagem deve: 1. Promover expectativas precisas e reduzir a discrepância do desconforto entre o grau de stress esperado e o grau de stress vivenciado, alertando a mulher para os diferentes cenários expectáveis durante o TP. 2. Aumentar a habilidade de prever o que acontecerá proporcionando uma sensação de controle e redução do medo, antecipando os acontecimentos, pela experiência adquirida, mantendo as parturientes a par dos mesmos. 3. Criar uma preocupação realista e um ensaio mental para aceitação emocional do stress, evidenciando que o TP é um processo natural e cuja duração e dor adjacente são normais e necessárias. 4. Mudar crenças e reduzir as fantasias que podem ser causadas pelo stress, através da desmistificação dos medos associados ao parto. 5. Levar a uma compreensão para lidar com a situação e sua concepção de uma forma menos stressante através da descrição do processo natural do parto. 6. Estar intimamente envolvida na avaliação das situações enquanto ameaça, de forma a reduzir os riscos potenciais através da monitorização do TP.

Fator 8. Promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, socio- cultural e espiritual. A autora enumera as seguintes variáveis externas como condicionantes do bem-estar da mulher/família: o conforto, a privacidade, a segurança, e o ambiente estético e limpo. A ausência de **conforto** condiciona o bem-estar físico mental e espiritual da mulher/família, tornando-se fundamental a adoção de medidas como: controlo da luz, ruídos e temperatura; mudança frequente de posicionamento da mulher; tornar o leito confortável; aliviar a tensão através de exercícios e massagem, no sentido de promover o maior grau de conforto possível à mulher/família. A manutenção da **privacidade** da mulher/família garante a sua dignidade e integridade. Para salvaguardar a **segurança** o profissional deve estar atento às causas que possam ameaçá-la, como por exemplo: mobiliário, equipamentos, deficits sensoriais que possam ser causados pela analgesia loco-regional e que comprometa o levante e deambulação da mulher, entre outros. A **limpeza e a estética** do ambiente são fatores elementares à promoção da auto-valorização e dignidade e como tal nunca podem ser esquecidas no cuidado de

enfermagem. Em contexto de bloco de partos onde existe um grande contacto com os vários fluidos corporais, muitos deles com odores fortes (sangue, fezes, líquido amniótico, entre outros), a limpeza e a estética são essenciais, de forma a promover o bem-estar da mulher/família.

Fator 9. Assistência com gratificação das necessidades humanas. A assistência voltada para a satisfação das necessidades procura atender necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais, neste sentido é importante incentivar a mulher/família a identificar as suas necessidades de forma à priorização dos cuidados.

Fator 10. Existência de fatores existenciais e fenomenológicos- espirituais. Implica ajudar a mulher a transcender o seu sofrimento/dor e encontrar significado na situação vivenciada. Assim, durante o trabalho de parto ajudar a mulher de modo a que esta perceba que a dor é fisiológica e que tem um propósito, permite incentivá-la a procurar as posições mais adequadas e confortáveis, proporcionando desta forma a confiança necessária no seu próprio corpo e na sua capacidade para parir.

Estes pressupostos foram norteadores do meu percurso de prática clínica e uma mais valia para o bem-estar das mulheres/famílias que cuidei.

2.3. Da Prática dos Cuidados de Enfermagem Implementados para Aquisição de Competências Comuns e Específicas do EESMO

Neste subcapítulo serão analisadas e avaliadas as atividades desenvolvidas ao longo deste período formativo, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências fundamentadas na evidência científica e que tiveram como base o cuidar à luz da autora Jean Watson.

2.3.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Esta competência, remete-nos para a prestação de cuidados na gravidez, na qual o EESMO implementa ações que visam promover a saúde da grávida, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, promovendo o bem-estar materno fetal. A manutenção desse bem-estar passa por um bom suporte e intervenção de enfermagem, durante o período pré-natal. O apoio ao casal nesta fase da vida é fundamental, pois a parentalidade condiciona mudanças significativas na família, sendo frequente sentimentos de ansiedade e de medo, podendo ser percebidas negativamente pelo casal e gerar desorganização no seio familiar. Esta desorganização, muitas vezes causada por stress no seio familiar, é entendida como desarmonia à luz da autora de referência:

onde há desarmonia, entre mente, corpo e alma ou entre uma pessoa e o mundo, há uma disjunção entre o Eu como é percebido e a experiência atual de cada um, havendo também um sentimento de incongruência no íntimo da pessoa, (...) Esta incongruência conduz à ameaça, à ansiedade, ao tumulto interior e pode conduzir ao sentimento de desespero existencial, ao temor e ao mal-estar (Watson, 2002, p.100).

Este foi um dos grandes objetivos do ER, devido à sua complexidade e às várias áreas de atuação que envolve. Ao longo do decurso do ER tive oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia que recorreram ao serviço de urgência, e grávidas que se encontravam internadas no bloco de partos para vigilância da situação de saúde. Noutros EC também cuidei de mulheres/famílias, desenvolvendo competências específicas e comuns durante a vigilância da gravidez de baixo risco em cuidados de saúde primários e de risco em contexto de internamento de grávidas.

Neste último e em contexto de bloco de partos e urgência obstétrica, foi possível conceber, planejar, implementar e avaliar cuidados especializados à mulher/família grávida com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentes: Ameaça de Parto Pré-termo, Rotura Prematura de Membranas, Diabetes Gestacional, Placenta Prévia, alterações fluxométricas associadas a Restrições de Crescimento Fetal e distúrbios hipertensivos, nomeadamente Hipertensão Arterial (crónica e induzida pela gravidez) situações de Pré-Eclâmpsia e Síndrome de HELLP.

No período pré-natal, e em situação de patologia é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista ao nível da educação para a saúde, também referida como competência essencial do EESMO pela Internacional Confederation of Midwives (ICM, 2013, p.10) quando refere “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”.

Para Watson, “a promoção do ensino-aprendizagem (**fator de cuidar 7**) é o fator que proporciona às pessoas o máximo de controle sobre a sua própria saúde, já que lhes oferece informações e alternativas” (George, J. et al. 2000, p.256).

A educação para a saúde “deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores (...) que possam prejudicar a saúde” (Carvalho, 2006, p.25) e tem um papel importantíssimo, uma vez que vai implicar alterações no papel desempenhado ao nível social e familiar, sendo necessário reestruturar competências e necessidades familiares, assim como implica responsabilidades acrescidas.

Relativamente à educação para a saúde, procurei todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e família, de forma a promover e potenciar o desenvolvimento de competências no processo de transição para a parentalidade. Procurei informar acerca de sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia, estratégias para minimizar o impacto da patologia na gestação, adequando sempre à condição e necessidades da gestante, de acordo com os critérios de avaliação da competência da OE (2011, p.4) “H2.2.1. informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “ H2.3.1. informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez”.

A este nível pude desenvolver e aperfeiçoar competências específicas na avaliação do “H2.2.6. bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2011, p.4), através da monitorização e interpretação do traçado cardiotocográfico e da deteção precoce de sinais de alerta (**fator de cuidar 6**), referenciando à equipa multidisciplinar todas as situações que estavam para além da minha área de atuação, cooperando “H2.3.4. com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (OE, 2011, p.4). Sempre que necessário

apoei psicologicamente a mulher/família promovendo o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança (**fator de cuidar 4**).

Durante a vigilância pré-natal tive a oportunidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, tendo informado a grávida e família sobre os sinais e sintomas de risco, identificando desvios da gravidez fisiológica. Foi ainda possível monitorizar o TP em situação de abortamento, identificar e referenciar complicações pós-abortamento. Em relação às situações de abortamento estive presente durante o período expulsivo numa das situações com 16 semanas de IG em que o feto apresentava Trissomia 18, tendo a grávida sido submetida a uma Interrupção Médica da Gravidez. Foi uma situação muito marcante para mim, e na qual me fez refletir, pois enquanto futura EESMO não posso dissociar-me da minha condição humana emocional pelo que não posso afirmar que desenvolvi estratégias para gerir situações limite como estas, mas intervim mobilizando o **fator de cuidar 3 e 5** desenvolvendo a minha sensibilidade para compreender, aceitar e orientar para uma evolução positiva, através da expressão de sentimentos. Não consegui deixar de me emocionar, oferecer a minha presença, um ombro, um abraço, como fiz sempre que percebi que as palavras que podem ajudar naquele momento não chegam. Muito antes do nascimento, já existe uma forte união pois a mãe sente o seu filho como fazendo parte de si e partilhando consigo uma história recheada de experiências e momentos únicos, vividos a um nível íntimo e exclusivo, a esta relação dá-se o nome de vinculação (Bowlby, 2002). Durante a gravidez a futura mãe fantasia o seu filho e afloram sentimentos como o desejo de ser completo e onipotente, de fusão e união com o outro, de se rever no filho, de renovar velhas relações e da realização de ideais e oportunidades perdidas (Brazelton & Cramer, 2007). Esta ligação afetiva é fortalecida ao longo da gravidez, em particular a partir do segundo trimestre, altura em que os movimentos fetais começam a ser percebidos (Lowdermilk & Perry, 2008). Uma vez que são frequentes as consequências do diagnóstico de aborto, considero importante dar ênfase aos cuidados de enfermagem que envolvem o luto, dado que são muitas as famílias que experienciam estas situações nos primeiros meses da gravidez afetando a identidade pessoal da mulher, e podendo conduzir ao desenvolvimento de culpa, ansiedade e depressão. O luto envolve sentimentos

dolorosos, e, respostas físicas e psicológicas a uma perda muito significativa. As autoras Lowdermilk & Perry (2008, p.982) defendem que:

quando é relativo às perdas perinatais pode ser particularmente difícil por razões de ordem diversa: a crença social de que não existe dificuldade em engravidar e a expectativa de que quando uma mulher está grávida vai nascer uma criança saudável. Assim, a sociedade tende a minimizar a perda perinatal e compreende mal a dor que acompanha estas situações.

Desta forma os EESMO têm uma grande influência na forma como os pais vivenciam e lidam com estas situações tendo a oportunidade de cuidar e intervir de forma sensível mobilizando o **fator de cuidar 1 e 3**.

A vivência da família no contexto cultural, religioso e emocional pode ser um fator influenciável quanto ao projeto do seu parto. Para Watson, o enfermeiro deve ter presente essas vivências como define no **fator de cuidar 1** “o cuidado que é baseado em valores humanísticos e em comportamento altruísta pode ser desenvolvido através do exame dos próprios pontos de vista da pessoa, suas crenças, interações com várias culturas e experiências de crescimento pessoal” (George, et al. 2000, p. 254).

2.3.2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O ER foi realizado em duas instituições na área de Lisboa, o primeiro de 28/2 a 30/06 e o segundo de 01/07 a 15/07/2016. Tal facto emergiu da necessidade de aprofundar/desenvolver competências que me permitiram assistir a mulher que adota ou não posições verticais no segundo estágio do TP.

Foram inúmeras as atividades desenvolvidas relacionadas com este meu objetivo de estágio e que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados de forma autónoma, à parturiente, acompanhante, e RN, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada à gravidez, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN (OE, 2011).

Este foi um longo caminho percorrido até conseguir atingir a autonomia e confiança necessárias. Algumas dificuldades foram ultrapassadas ao longo do ER,

com o desenvolvimento das competências, experiência prática e com a ajuda dos enfermeiros orientadores, sentindo que houve uma evolução crescente na aquisição e desenvolvimento de novas competências comuns e específicas no cuidado especializado, durante os 4 estádios do TP.

Tive oportunidade de prestar cuidados a 93 mulheres em trabalho de parto, tendo sempre promovido o bem-estar materno-fetal, através da promoção de um ambiente seguro (**fator de cuidar 8**), de acordo com o critério de avaliação de competência “H3.1.2. garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” (OE, 2011, p.5), explicando sempre o trabalho de parto, em que fase do mesmo se encontrava, o que seria expectável a partir daquele momento, quais os sinais de alerta e quando era fundamental o cuidado de um profissional de saúde. Nesta primeira abordagem com a parturiente, tentava identificar a pessoa significativa que iria permanecer junto dela na sala de partos. Quando o acompanhante era o pai do RN, tentei perceber quais as expectativas deles, enquanto família, para o momento do parto, se tinham frequentado formação para preparação para a parentalidade, e se tinham elaborado plano de parto. Pude constatar que das 47 mulheres/acompanhantes que cuidei durante todo o trabalho de parto, 6 realizaram preparação para a parentalidade e nenhuma elaborou plano de parto, embora por vezes, após a minha intervenção, compreendessem que de facto o tinham construído mentalmente e o momento do parto tinha sido idealizado. Procurei sempre incentivar a parturiente/acompanhante a verbalizarem os seus medos e receios, tal como as suas expectativas, como enfatiza Watson no **fator de cuidar 5**. O "saber ouvir" as expectativas e desejos do acompanhante, promovendo o seu envolvimento no processo de TP, e o dar suporte emocional sempre que necessário, foram fundamentais em todas as fases do TP (OE, 2011), possibilitando assim uma parceria harmoniosa no processo de cuidados (**fator de cuidar 9**).

O facto das parturientes se encontrarem quase sempre acompanhadas, foi um desafio muito gratificante, pois permitiu o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e acompanhante e o aperfeiçoamento na utilização de algumas técnicas de comunicação para que se criasse uma relação de ajuda/confiança desenvolvendo assim o **fator de cuidar 4**.

A educação para a saúde, o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação adequada às necessidades de cada parturiente/acompanhante, foram atividades que estiveram sempre presentes, na prestação de cuidados. São atividades primordiais nesta área, à luz do modelo teórico, referido no **fator de cuidar 7**, atuando assim ao nível da prevenção primária.

Ao longo do ER assisti as mulheres em TP, diagnostiquei e procurei prevenir complicações quer para a sua saúde, quer para a do RN indo assim ao encontro da unidade de competência H3.2 “diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (OE, 2011, p.5). Isto foi possível utilizando uma correta monitorização do TP através do partograma (ferramenta fundamental), ouvindo a mulher/acompanhante (estar alerta para os sintomas referidos pela mulher), realizando a avaliação física da mulher e do bem-estar fetal, recorrendo à monitorização com cardiotocógrafo, externa ou interna em algumas situações. Sempre que foram identificadas situações de risco materno-fetal, e após validar a informação com a enfermeira orientadora, referenciei as situações para a equipa médica. As situações mais frequentes foram as de CTG não tranquilizador, com desacelerações, bradicardia fetal, taquicardia fetal, hipertonia uterina, hipertensão arterial e presença de líquido tinto de mecónio.

Relativamente à dor no TP a OE (2015, p.43) refere que o EESMO:

deve ter conhecimento profundo acerca da fisiologia da dor do trabalho de parto e deve conseguir dissociá-la do conceito clássico/cultural de dor que precisa de tratamento. A dor do TP não pretende alertar para algo que está a correr mal ou para uma agressão que o organismo sofreu. É importante que a parteira reconheça que durante o trabalho de parto todas as mulheres vão experimentar, em algum momento, algum nível de dor (fisiológica) e esta deve saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para a gerir. A dor do trabalho de parto é positiva e tem um propósito, a mulher tem que confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir.

Cabe ao EESMO oferecer as melhores condições para a mulher manifestar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições através do **fator de cuidar 10** ajudando-a a transcender o sofrimento e a encontrar significado na dor, focalizando os seus pensamentos no filho que vai nascer.

Assim, tentei compreender quais as medidas de alívio de dor perspectivadas por cada mulher e definimos estratégias para as operacionalizar. Quando a decisão era

por analgesia loco-regional, informava, fornecia o documento sobre “consentimento informado” para assinarem e esclarecia todas as dúvidas (**fator de cuidar 7**), assim como colaborava com o anestesista durante a realização da técnica - critério de avaliação de competência H3.1.6. “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (OE, 2011, p.5).

Embora a analgesia loco-regional seja um importante método de alívio da dor, também dei a conhecer a possibilidade das mulheres utilizarem os métodos não farmacológicos para alívio da dor (**fator de cuidar 7**), identificando a necessidade de serem aplicados quer de forma independente ou como complemento aos métodos farmacológicos (**fator de cuidar 6, 7 e 9**), orientando para a tomada de decisão fundamentada, e apoiando quando pretendiam experimentar algum (**fator de cuidar 8**), incentivando e envolvendo também o acompanhante neste processo.

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistémico e pela manipulação dos tecidos. No 1º e 2º estádios do TP, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contacto físico com a parturiente, potenciando o efeito de relaxamento, diminuindo o stresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Gallo, Santana, Marcolin, Ferreira, Duarte & Quintana, 2011). Os mesmos autores acrescentam ainda que a colocação da mão sobre um ponto dorido, o afago dos cabelos ou da face num gesto de afeição, um abraço firme ou a massagem intencional mais formal da mão ou de outras partes do corpo, transmitem ao recetor uma mensagem de interesse, de vontade de estar perto e de ajuda. Os exercícios respiratórios foram por mim incentivados e têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis maternos de saturação sanguínea de oxigénio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade. Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estádio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade (Böing, Sperandio & Santos, 2007). O duche também se revelou uma medida muito útil pois a água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a

satisfação da parturiente (Davim, Torres, Dantas, Melo, Paiva, Vieira & Costa, 2008). Na bola de parto a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto. Ao contrário da cadeira (que é muito rígida), a bola molda o corpo da mulher podendo ficar parada ou realizando vários movimentos. Isto, além de ajudar na descida do feto, proporciona conforto e também alivia a dor na região lombar (Lopes, Madeira & Coelho, 2003). Embora fossem vários os métodos utilizados, não posso nomear um como o mais eficaz, depende claro, de cada mulher e da fase do TP, constatando que foram recebidos de forma positiva e com melhorias significativas nos níveis de dor, referindo sensação de bem-estar após a utilização dos mesmos.

Implementei também outras intervenções que foram ao encontro do conforto e bem-estar da mulher/acompanhante, tal como a alimentação e acesso a líquidos claros, a liberdade de movimentos, a promoção da deambulação e utilização de posições verticais, sempre que existiam condições para o realizar, explicando as suas vantagens e as desvantagens de permanecer deitada em posição de litotomia. Quando não era possível a utilização de posições verticais auxiliei a mulher a encontrar uma posição confortável na cama. Muitas mulheres gostavam de deambular durante o primeiro estágio do TP, referindo bastante conforto e alívio da dor, promovendo desta forma o desenvolvimento do **fator de cuidar 8**. Pude constatar que a grande maioria dos acompanhantes gostava de ser envolvido nos cuidados, participando com muito agrado e empenho **fator de cuidar 9**, nomeadamente quando a mulher se encontrava na bola de partos, realizavam massagem na zona lombar para alívio da dor, ofereciam água e refrescavam as companheiras com compressas húmidas e frescas. Muitas vezes foram um apoio fundamental durante os esforços expulsivos constituindo-se uma fonte de incentivo à mulher.

Ao longo do ER, e como referido anteriormente, foram 93 as mulheres a quem prestei cuidados de enfermagem especializados durante o trabalho de parto, porém, nem em todas elas participei diretamente no parto, por diversos motivos: partos distócicos, por haver outros médicos em formação no serviço ou porque a mulher não entrou em fase ativa do TP, no meu turno.

Procedi à laqueação tardia do cordão umbilical, (**fator de cuidar 6 e 9**) conduta que vai ao encontro da evidência científica atual e do que é referido pela OMS (1996,

p.32): “a clampagem tardia do cordão umbilical é a forma mais fisiológica de o fazer, a clampagem precoce só deve ser realizada caso existam motivos”. A transferência de sangue da placenta para o RN é fisiológica e é improvável que traga efeitos adversos, pelo menos em partos normais. São várias as vantagens apontadas pelos autores para a laqueação tardia do cordão umbilical, nomeadamente: maiores concentrações de hemoglobina e menor incidência de anemia nos primeiros 4-6 meses de vida; melhora significativamente a pressão arterial sistémica, a produção de urina e a função cardíaca, diminuindo a necessidade de transfusões de sanguíneas durante o período neonatal; diminui a prevalência de enterocolite necrosante, sepsis e hemorragia intraventricular (Raju, 2013; Mercer, 2001). Nem sempre foi possível proceder á laqueação tardia do cordão, procedendo a uma laqueação precoce quando era necessária colheita de células estaminais ou quando os RN apresentaram circular cervical apertada, tal facto ocorreu segundo orientação talvez devida a falta de treino e segurança na execução da manobra de Somersault.

Quando os acompanhantes manifestavam desejo em serem eles a proceder á secção do cordão umbilical, e mediante a possibilidade, proporcionei-lhes essa experiência, promovendo o **fator de cuidar 9** atendendo assim às suas necessidades psicossociais e intrapessoais.

Nos partos em que não participei diretamente, procurei sempre prestar os primeiros cuidados ao RN. Nesse sentido, preparei a unidade para o receber, verificando antecipadamente a funcionalidade de todos os equipamentos para a eventualidade do RN nascer com alterações fisiológicas ou quando o pediatra realizava a avaliação física, sem privilegiar o contacto pele a pele. Caso contrário, privilegiei a avaliação e a prestação de cuidados do RN em contacto pele a pele com a mãe, procedi ao registo da hora do nascimento e avaliei o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, administrei vitamina K conforme protocolado, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2011, p.5). Com estas medidas o meu cuidar foi baseado no **fator de cuidar 6**, assente na tomada de decisão fundamentada na evidência científica descrita seguidamente. A partir da década de 60, após estudos do Comité de Nutrição da Academia Americana de Pediatria foi comprovando que a vitamina K, administrada ao RN, era eficaz na prevenção de hemorragias sendo necessária para a modificação

e ativação de importantes proteínas do organismo, sendo um cofator essencial para a carboxilação dos fatores II, VII, IX e X da coagulação e das proteínas C e S, inibidoras da coagulação. Estes fatores são fisiologicamente mais baixos até 72 horas após o nascimento, sendo que a administração da vitamina K reverte este quadro (López, Gil, López, Porteroa, Romeroc & Moreno, 2010). A administração da vitamina K é uma recomendação da OMS (2012) no *Handbook for guideline development - Recommendations on newborn health* que nos diz que deve ser administrado a todos os RN 1 mg de vitamina K logo após o nascimento, dentro da 1ª hora, por via intramuscular.

No que diz respeito ao 3º estágio do TP todas as mulheres apresentaram dequitações naturais, sendo por mim identificados os dois mecanismos de descolamento da placenta (*Duncan e de Schultz*), e desenvolvidas as correspondentes práticas instrumentais adequadas (**fator de cuidar 6**). Após a dequitação procedi à avaliação da involução uterina e à inspeção da placenta e estruturas de suporte à vida intrauterina. Em todas as situações foi administrada ocitocina em perfusão como método profilático da hemorragia pós-parto. A evidência científica descrita por Westhoff, Cotter & Tolosa (2013) refere o uso de ocitocina profilática como eficaz na prevenção de perdas de sangue superiores a 500 ml após a dequitação, o que não correspondeu ao observado, pois foi sempre administrada a todas as parturientes porque estava protocolado nas instituições. Em três das parturientes verificou-se existirem membranas fragmentadas, tendo-se referenciado à equipa médica, que realizou controlo ecográfico, de modo a assegurar cuidados de qualidade e prevenir a hemorragia e/ou a infeção puerperal, implementando assim o **fator de cuidar 6 e 8**.

2.3.2.1 Cuidado especializado na promoção das posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto

Apresento seguidamente as atividades que desenvolvi no ER de forma a atingir o objetivo 4 “Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP”.

O segundo estágio do TP é definido como o período desde a dilatação completa até à expulsão do feto (Lowdermilk & Perry, 2008) logo, durante este intervalo de tempo é possível que a mulher adote as mais variadas posições, durante diferentes períodos de tempo. Segundo a OE (2015, p.44):

a grande questão para as parteiras reside no facto de reconhecerem que a dilatação completa não significa o início do período expulsivo. Esta fase é denominada fase de descanso (não expulsiva), o comportamento da mulher caracteriza-se por: parece ausente nos períodos entre contrações, sente-se desconfortável, deseja alívio da dor, sente que o processo nunca mais acaba e que quer que tudo termine, pode verbalizar que se sente incapaz.

Ao longo deste processo, por vezes moroso, é fácil perder a fé, deixar de acreditar nas suas capacidades, autocontrolo e perseverança. A promoção da fé - esperança **(fator de cuidar 2)** tornou-se um ponto-chave na construção dos processos de cuidar desenvolvidos com a mulher/acompanhante. Watson (2002) reforça a importância deste conceito, afirmando que o enfermeiro deve reforçar a fé, esperança e o potencial em si próprio e na pessoa que cuida. Esta fé pode ser potenciada em algo ou alguém além dela própria como, por exemplo, no filho que vai nascer (Coutinho, Morais, Parreira & Duarte, 2014). Ainda a respeito do segundo estágio, a OE (2015, p.44) afirma que na fase de descanso “as contrações são habitualmente mais intensas e duradouras, mas menos frequentes, o que favorece o descanso da mulher entre contrações”. O período expulsivo é caracterizado pela instalação do reflexo de Ferguson, indicado pela descida da apresentação fetal que pressiona nervos recetores do pavimento pélvico, originando na parturiente, os reflexos expulsivos. Estes, embora possam ser controlados na fase inicial, vão-se tornando progressivamente compulsivos, incontroláveis e involuntários.

Das 47 mulheres a quem tive o privilégio de colaborar nos seus partos, 22 delas adotaram posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, 15 na fase de descanso e 7 na fase de descanso e no período expulsivo, e foi sobre estas 22 que efetuei o registo completo dos cuidados (apêndice II). As posições adotadas pelas mulheres no período expulsivo foram a posição sentada no banco (4 mulheres) e a posição de cócoras (3 mulheres). Todas optaram por analgesia loco-regional à exceção de uma por período expulsivo eminente.

Relativamente às implicações do pós-parto, na mulher e no RN, não encontrei qualquer implicação negativa associada à posição de parto. Ocorreram dois períneos íntegros/intactos, três lacerações perineais de grau I, uma laceração de grau II e uma episiotomia/episiotomia, sem edema associado, nas 7 mulheres que adotaram posições verticais no período expulsivo. Estes dados vão ao encontro do ensaio clínico controlado não randomizado realizado por Terry, Westcott, O'Shea, & Kelly (2006). Neste estudo descrevem que quase três vezes mais mulheres que pariram em posições não supinas tiveram um períneo intacto, em comparação com o grupo das mulheres que pariram em posição de supina. Refere ainda que as lacerações de períneo no grupo não supina foram maioritariamente limitadas a lacerações de grau I, enquanto que as parturientes no grupo de supina apresentaram lacerações mais severas. Estes dados estão de acordo com os achados nas parturientes que cuidei comparativamente às 40 mulheres que adotaram a posição de supina no período expulsivo, em que ocorreram dezoito episiotomias/episiotomias, nove lacerações grau II, sete lacerações grau I, e seis períneos íntegros/intactos. Apesar de estar comprovada a existência de critérios rígidos para a realização das episiotomias, estas foram realizadas segundo os critérios da orientadora numa lógica de antecipação de problemas, a meu ver muitas vezes induzidas pela livre visualização do períneo, o que não ocorre nos partos verticalizados. A mesma ideia foi sustentada por Jonge, et al. (2010) que salientam que um parto em posição supina é mais propício à ocorrência de episiotomias, e a adoção de posições não-supinas não aumenta o risco de ocorrência de lacerações de períneo.

Segundo King & Pinger (2014) a massagem perineal agressiva resulta em trauma no tecido perineal e não previne nem diminui a incidência de lacerações. Entre as práticas que ajudam a reduzir as lacerações perineais estão a massagem perineal pré-natal, aplicação de compressas quentes durante o período expulsivo, adoção por parte da parturiente da posição lateral, e fazer com que o RN tenha uma coroação muito lenta e controlada através da respiração materna.

Também a OE (2015), Marshall & Raynor (2014) e Chapman & Charles (2010) referem que a promoção da integridade perineal é conseguida através da ausência de manipulação do períneo no 2º estágio, verticalidade do parto, esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos, calor no períneo durante o período expulsivo e

episiotomia seletiva. O calor no períneo durante o período expulsivo foi um método utilizado no segundo contexto do ER pelo que pude observar melhores resultados nas lesões perineais (um períneo íntegro e três lacerações de grau I).

Todos os RN atingiram um Índice de APGAR entre 9 e 10 ao primeiro minuto de vida, e IA 10 no quinto e décimo minuto, o que vai ao encontro do estudo de Santos, Souza, Pinheiro, Santos, Marisa Monticelli & Diniz (2009), que comparam a adoção de posições verticais e horizontais com a média do IA do RN, e no qual verificou melhores resultados nos nascidos através de posições verticais maternas, o que não se confirmou na minha prática de cuidados, pois independentemente da posição de parir, o IA foi igual em todos os RN cuidados.

Ao longo da prática no ER, senti como fundamental identificar os conhecimentos que a mulher/acompanhante já possuíam, estes podiam ser uma preciosa ajuda ou pelo contrário, revelarem ser um conjunto de mitos não fundamentados promotores de medo e pré-conceitos que precisavam ser desconstruídos e desmistificados. Era ainda importante compreender as experiências anteriores e de que forma estas tinham influenciado a forma como o parto atual tinha sido idealizado e imaginado. Este reconhecimento de conhecimentos, vontades e medos **(fator de cuidar 5)** possibilitou-me introduzir o tema, posições de parto verticais, perguntando em que posição imaginou parir, ouvindo respostas como: “não percebi a pergunta, não é sempre a mesma posição?”; “na posição habitual”; “como a enfermeira achar melhor”. Procurei desmistificar os preconceitos culturalmente enraizados sobre a posição em que a mulher podia parir dando a conhecer as vantagens da adoção de posições verticais já abordadas anteriormente. Contudo a decisão foi sempre da mulher, tendo procurado experimentar com a mulher/acompanhante as posições verticais mais favoráveis para cada uma **(fator de cuidar 6, 7 e 9)**.

Pude constatar que as mulheres que se mostraram mais disponíveis para a utilização das posições verticais durante o 2º estágio do TP, foram as que frequentaram aulas de preparação para a parentalidade. Das 47 mulheres assistidas no parto, 6 frequentaram aulas de preparação (5 primíparas e 1 múltipara), abordando o tema das posições verticais de forma teórica, e todas elas adotaram posições verticais no segundo estágio, 2 delas no período expulsivo. O que corrobora o estudo

de Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen (2012a) que concluem que as mulheres que adotam posições não supina são primíparas e frequentaram aulas de preparação para a parentalidade. No entanto apesar de só 6 mulheres terem frequentado aulas de preparação para a parentalidade conseguiu influenciar positivamente 16 mulheres, que nunca tinham ouvido falar sobre o tema, a adotarem posições verticais no 2º estágio do TP, sempre alicerçada na evidência científica.

Segundo Lewis, Webster, Carter, McVeigh & Devenish-Meares, (2002); Gupta & Nikodem, (2000), os benefícios do uso das posições verticais são inegáveis, contudo é importante que o EESMO conheça os seus benefícios para conseguir adequar os resultados pretendidos à individualidade de cada situação e assim contribuir para a promoção de uma experiência de parto positiva à mulher/acompanhante.

As mudanças de posição foram na grande maioria por incentivo meu, fundamentada na evidência científica (**fator de cuidar 6**), sendo por iniciativa da própria mulher em quatro delas. As razões que as levavam a querer mudar de posição, relacionaram-se com a procura de um maior grau de conforto. Nas situações em que fui eu a incentivar a mudança de posição pude constatar que em 3 delas, numa primeira avaliação da cervicometria e estática fetal, o feto se encontrava em variedade occipito-posterior pelo que sugeri adotarem a posição de 4 apoios. Nestas 3 situações o RN nasceu em variedade occipito-púbica. Todas as mulheres referiram maior conforto e alívio da dor lombar e da pressão exercida pela apresentação fetal. Estes dados confirmam o que Simkin (2010) conclui nos seus estudos, a adoção da posição de quatro apoios facilita a rotação do feto para a variedade occipito-anterior, além de reduzir significativamente a dor na região lombar da parturiente.

Outra situação em que decidi sugerir posições verticais foi para favorecer a descida da apresentação fetal uma vez que a posição de cócoras aumenta cerca de 1,0 a 1,5 centímetros os diâmetros do estreito inferior da bacia, contribui para uma retificação da curvatura lombo-sagrada, rotação superior da sínfise púbica e diminuição do comprimento do canal de parto (Calais-Germain & Parés, 2009). Foi também a posição de eleição nas situações de suspeita de macrosomia fetal quer por avaliação ecográfica ou na presença de diabetes gestacional pois este é um dos fatores de risco identificados, associado à hipertrofia muscular fetal e aumento do

diâmetro biacromial (Politi, D'emidio, Cignini, Giorlandino & Giorlandino, 2010). A posição de cócoras apresenta o mesmo efeito da Manobra de McRoberts sobre a distância de ombros (Amorim, Duarte, Andreucci, Knobel & Takemoto, 2013). Também é utilizada a posição de quatro apoios para as suspeitas de macrosomia fetal uma vez que estes fetos têm grande risco de distócia de ombros e uma das manobras usadas para corrigi-la é a Manobra de Gaskin onde a mulher é colocada na posição de 4 apoios modificada. Ao utilizar o método científico para resolução dos problemas permitiu-me aplicar o **fator de cuidar 6** nos cuidados prestados, resultando favoravelmente em todas elas.

Embora não exista uma duração precisa do 2º estágio do TP, uma revisão sistemática da literatura de Simkin (2010) afirma que a adoção de posições não-supinas e a livre movimentação pélvica, da parturiente, facilita a rotação fetal, refletindo-se na diminuição da duração do 2º estágio do TP em relação à posição de supina. As *guidelines* da NICE (2014) indicam que em primíparas o nascimento deverá ocorrer nas 3 horas após o início do 2º estágio do TP e nas múltiparas, nas 2 horas seguintes. No entanto, a ACOG (2014) recomenda que se o bem-estar materno-fetal permitir, não existe um limite máximo de tempo no segundo estágio do TP, sobre o qual se deverão regular para decidir por um parto instrumentalizado. Assim, pude constatar que nas mulheres primíparas que adotaram posições verticais a quem prestei cuidados, o 2º estágio teve uma duração média de 54 minutos e nas múltiparas de 26 minutos, dados estes que estão em conformidade com as premissas orientadoras da NICE e da ACOG.

Apesar do crescente aumento da popularidade das posições alternativas à posição de litotomia, a grande maioria das mulheres no mundo ocidental ainda prefere e utiliza essa posição no seu parto (Jonge & Lagro-Janssen, 2004b). De acordo com Mamede, Almeida & Clapis (2004), este facto deve-se principalmente à influência que a cultura tem sobre a tomada de decisão das mulheres, que corrobora o ocorrido com as 47 mulheres assistidas, 40 adotaram a posição de litotomia para o período expulsivo mesmo após informação veiculada durante o 1º estágio do TP. Tal facto reforça a necessidade de abordagem pelo EESMO durante a vigilância da gravidez e mesmo uma intervenção macro, de divulgação, eventualmente na comunicação social, reforçando as suas vantagens e incrementando a literacia em saúde dos

cidadãos. A mesma autora considera que a justificação para este facto é a das mulheres não serem orientadas e estimuladas durante a vigilância pré-natal a adotarem posições verticalizadas, tal como não serem informadas quanto aos benefícios que as mesmas oferecem. Como já referido, das 47 mulheres assistidas apenas 6 frequentaram cursos de preparação para a parentalidade tendo todas elas adotado posições verticais durante o TP, o que confirma a relevância da sua abordagem durante a gravidez.

A cultura tem de facto um grande peso nas escolhas e tomadas de decisão das mulheres, tratando-se de valores que se encontram enraizados. Por vezes, apesar das mulheres se mostrarem disponíveis para utilizar uma posição vertical, denunciavam algum constrangimento perante certas posições, nomeadamente a posição de 4 apoios. No entanto, após serem informadas das vantagens desta posição optavam por experimentar, referindo alívio da dor lombar. Isto vai ao encontro do estudo de Jonge & Lagro-Janssen, (2004b) em que algumas mulheres demonstraram um certo constrangimento na utilização de algumas posições verticais. No entanto este facto não as impediu de as utilizar, caso as vantagens fossem sentidas como benéficas.

A forma como a mulher percebe as práticas obstétricas varia em função de um amplo e diverso conjunto de fatores individuais, sociais, culturais e situacionais. Saber o que a mulher considera importante, o que espera, o que encontra e sente, permitiu-me adequar os cuidados prestados às suas necessidades (**fator de cuidar 9**), melhorando o nível de satisfação, bem-estar e a qualidade dos mesmos, pois a evidência mostra que o posicionamento da mulher durante este período é um dos fatores determinantes na sua experiência de parto, e em particular, as posições verticalizadas, pois oferecem um conjunto de benefícios inegáveis à mulher, não só a nível físico como também a nível psicológico (Gayeski & Brüggemann, 2009; Nieuwenhuijze, et al., 2012a; Jonge, Lagro-Janssen, Scheepers, Teunissent, & Diem, 2008; Ragnar, Altman, Tyden, & Olsson, 2006; Terry, et al., 2006).

O estudo realizado por Romano & Lothian (2008) revelou que, com a liberdade de movimento e posições, o parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa e com mais conforto. Este facto foi constatado ao longo do ER, todas as mulheres a que

assisti ao período expulsivo, em posições verticais manifestaram bastante agrado e satisfação com o mesmo, tendo ouvido palavras como:

“Muito obrigado Sr.^a Enfermeira por me ter possibilitado vivenciar um parto tal como tinha idealizado”;

“Adorei o meu parto, senti menos dor que o anterior e foi mais rápido, e no final poder ver e abraçar logo o meu filho foi magnifico”;

“Senti muito menos dor e foi mais fácil”;

“Senti que tinha mais controlo na força que fazia e essa força era muito maior”;

“Nunca tinha visto um parto tão lindo, nem na televisão”;

“Tive o parto que sempre imaginei e sinto-me completamente realizada”;

“Simplesmente não tive qualquer dor, sinto-me muito satisfeita”.

As expressões aqui explicitadas vão ao encontro do que Gayeski & Brüggemann (2009) referem relativamente à perceção das puérperas sobre a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP, em que esta estaria relacionada com a sensação de conforto, liberdade de movimentos, redução do esforço expulsivo e da dor, e ainda a participação mais ativa da mulher.

De acordo com Jonge & Lagro-Janssen (2004b), a maioria das mulheres consideram importante ser o EESMO a fornecer-lhes informações acerca das posições do parto para se prepararem. A informação que a mulher obtém durante a gravidez através, quer do EESMO, quer dos media, influencia a sua decisão sobre a posição a adotar durante o TP. Através da literatura pesquisada considero que a transmissão de informação à mulher aplicando o **fator de cuidar 7**, é a principal estratégia a ser utilizada pelo EESMO. Este encontra-se presente ao longo de todo o ciclo de vida das mulheres e ajuda-as a ultrapassar os seus medos e ansiedades e pode ajudá-las a enfrentar o desconhecido. Durante as consultas de vigilância da gravidez e cursos de preparação para a parentalidade o EESMO deve transmitir informação precisa acerca de todo o processo de TP, das posições verticais e suas vantagens assim como experimentar e treinar com elas e acompanhantes as diversas opções. Desta forma estará a empoderar as mulheres e a dar-lhes as ferramentas

necessárias para fazerem as melhores escolhas no momento do seu parto. Para Romano & Lothian (2008), os enfermeiros devem basear a sua prestação de cuidados na evidência científica (**fator de cuidar 6**), promovendo assim a mudança de práticas hospitalares. Devem questionar a sua prática e identificarem se esta colmata as necessidades da mulher e do RN, ou se apenas satisfaz os seus próprios interesses. Apesar desta mudança de práticas ser um grande desafio para os enfermeiros, estes acabarão por colher grandes benefícios junto das mulheres, RN e suas famílias. Considero que ao trabalhar este tema no ER, foram muitos os frutos que colhi e muito gratificante foi ver a notável alegria e satisfação manifestadas.

No EC em contexto de cuidados de saúde primários tive oportunidade de participar no curso de preparação para a parentalidade (critério de avaliação de competência H2.1.7) realizado ao nível de um ACES na zona de Lisboa. Foi uma atividade muito enriquecedora principalmente pela sua vertente mais prática, permitindo-me apoiar a família na transição para a parentalidade, esclarecendo as suas dúvidas. Permitiu-me também desenvolver atividades adjuvantes do meu projeto individual, nomeadamente a abordagem e exemplificação das várias posições que podem ser adotadas pela parturiente durante o TP, promovendo desta forma o empoderamento da mulher. Realizei uma formação para sensibilização dos profissionais em relação às vantagens da verticalização do parto pretendendo dar a conhecer aos enfermeiros da USF a importância da abordagem deste tema durante as consultas de vigilância pré-natal.

o enfermeiro tem um papel fundamental ao nível dos cuidados de saúde primários, tendo o dever de informar as mulheres das diversas possibilidades e posições para utilizar durante o 1º e 2º estágio do Trabalho de Parto; empoderar a mulher de forma a que ela encontre a posição mais adequada; e discutir e treinar todas as posições com a mulher durante a gravidez (Jonge & Lagro-Janssen 2004b, p.47).

Sendo o EESMO um profissional detentor de conhecimentos especializados, tem um papel muito importante junto dos colegas de trabalho, na formação dos mesmos e na influência à mudança de atitudes com base na evidência científica e com o objetivo de melhorar os cuidados prestados, tal como descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

2.3.3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o período pós-parto é definido como o intervalo de tempo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos maternos ao seu estado não gravídico, este, denominado de puerpério, tem uma duração de cerca de seis semanas após o parto, todavia, crê-se que varie de mulher para mulher. Segundo a OE (2011), os cuidados devem ser realizados no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (competência H4).

No contexto do ER a puérpera e RN permanecem na sala de partos durante duas horas, período este também designado por quarto estágio do trabalho de parto. Neste estágio tive oportunidade de prestar cuidados às puérperas e RN no sentido de promover o contacto pele-a-pele, quando estes se apresentavam sem alterações fisiológicas.

Esta prática insere-se no quarto passo da política dos “Dez passos para o sucesso no aleitamento materno” definida pela Iniciativa Hospital Amigo do Bebê, da OMS e da UNICEF, “ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento”, a qual é interpretada na atualidade pela OMS & UNICEF (2009) como “colocar os bebés em contacto pele-a-pele com as mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para mamar oferecendo ajuda, se necessário” durante a primeira hora de vida.

São vários os estudos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais do CPP. Segundo Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert & Martins (2010) o CPP deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida e o binómio mãe-filho necessita ser respeitado na sua individualidade e magia. Após o nascimento, o RN passa por uma fase denominada inatividade alerta, com duração média de quarenta minutos, sendo preconizada a redução dos procedimentos de rotina, nos RN de baixo risco. O CPP favorece a estabilização sanguínea, normaliza os batimentos cardíacos e a respiração, garante o aquecimento do RN pela transmissão de calor da mãe, reduz o

choro e o stress diminuindo a perda de energia permitindo ao binómio mãe-filho entrar numa sintonia única proporcionada por esse contacto.

Promovi também o aleitamento materno na primeira hora de vida, instruindo e orientando as puérperas/acompanhantes da importância do mesmo (**fator de cuidar 7**), seguindo as orientações da OMS e UNICEF descritas anteriormente. Orientar as mães para a importância do início precoce do aleitamento materno é uma prática que pode reduzir em 22% a mortalidade neonatal, sendo que quanto mais se adia o início do aleitamento materno, maiores as hipóteses de mortalidade neonatal causadas por infeções. (Boccolini, Carvalho, Oliveira & Escamilla, 2015).

Estes mesmos autores defendem ainda que (p.142):

são vários os mecanismos que podem explicar o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida, podendo estar relacionado com a colonização intestinal do recém-nascido por bactérias saprófitas encontradas no leite materno; com a propriedade do leite materno de reduzir a colonização intestinal por bactérias gram-negativas; além da capacidade adaptativa materna em produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido que são excretados no colostro de acordo com a idade gestacional, como a Imunoglobulina-A, que apresenta maior concentração no colostro quando comparado com o leite maduro.

Procurei ainda transmitir informações acerca de sinais de alerta e de risco no puerpério e a avaliação e verificação do globo de segurança de Pinard de forma a promover a autovigilância. Ainda no 4º estágio tive oportunidade de alertar algumas puérperas para a importância da recuperação pós-parto (**fator de cuidar 6**) instruindo sobre os exercícios de Kegel (**fator de cuidar 7**).

Realizei uma visita ao serviço de obstetrícia a quase todas as mulheres a quem assisti ao parto, tendo como objetivos compreender o impacto que os fatores de cuidar, dirigidos ao uso das posições verticais no segundo estágio do TP tiveram na sua perceção do parto, como também para dar continuidade à relação criada (**fator de cuidar 3**) através da disponibilidade para esclarecer dúvidas, colocar questões, desmistificar medos e preconceitos (**fator de cuidar 5**), e prestar o apoio necessário promovendo a transição e adaptação à parentalidade (**fator de cuidar 2, 8 e 9**) e bem-estar. Também esta continuidade de cuidados permitiu apreciar e replanear cuidados às parturientes seguintes (**fator de cuidar 6**), sempre numa lógica evolutiva de qualidade de cuidados.

Para Watson (2002), a parentalidade foi referida como potencial ponto de viragem entre um estado de saúde ou de doença, a qual desencadeia um novo ciclo de conflitos de desenvolvimento. O stress é um conceito que se associa à etapa de transição para a parentalidade, e defende que “o enfermeiro pode desempenhar um papel vital nos cuidados de saúde preventivos, conhecendo e antecipando os stresses de desenvolvimento que ocorrem a cada fase da vida” (Watson, 2002 p.100).

Como futura EESMO, estou consciente da importância desse equilíbrio para a saúde familiar, uma vez que este abrange o que a autora chama de “harmonia” e que entende como “saúde”, objetivo essencial que devemos promover em cada família.

Assim, uma mulher/família cujas expectativas do seu parto foram realizadas está em harmonia consigo mesma, tendo esta sido potenciada pela atuação do EESMO.

No **fator de cuidar 4** Watson (1999) defende que a relação de ajuda/confiança entre enfermeiro e a mulher/família é imprescindível pois esta encontra-se numa fase bastante crítica da sua vida, podendo este vínculo ser fundamental. Assim sendo, acredito que a transição e a adaptação à parentalidade pode ser mais ou menos traumática dependendo de como decorreu o parto, das condições da parturiente e do RN, e se as ações do EESMO terão ido, ou não, ao encontro do “parto desejado” por aquela família.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os enfermeiros são profissionais de saúde constantemente chamados a intervir e a tomar decisões, no sentido de preservar a saúde, combater a doença, ajudar a nascer e a morrer, o que significa ter presente que cada pessoa tem uma forma particular de viver a experiência de saúde/doença e esta deve ser respeitada seja qual for a sua condição (OE, 2013), sendo indispensável a presença de uma componente ética onde se apelam aos valores humanísticos.

Assim, procurei prestar cuidados especializados baseados na evidência científica mais atual respeitando sempre os princípios éticos inerentes à Ciência da Enfermagem descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro.

Apesar de não se tratar de um trabalho de investigação, houve necessidade de colher dados decorrentes da interação com a mulher/família para posterior reflexão. Nunca deixei de salvaguardar a privacidade e anonimato das famílias bem como nunca deixei que essa colheita de dados interferisse ou se sobrepusesse à construção dos processos de cuidar.

Deste modo apresentei-me sempre como enfermeira estudante do CMESMO, e mantive presentes as premissas descritas no Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e ainda os cinco princípios ou direitos fundamentais definidos por Fortin (1999) e que devem ser aplicados pelos códigos de ética no decurso de uma investigação: o direito à autodeterminação (participação livre na investigação), o direito à intimidade (liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas), o direito ao anonimato e à confidencialidade (os resultados da investigação devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes possa ser identificado), o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (proteção do investigado contra eventuais inconvenientes) e por fim tratamento justo e equitativo (direito a receber sempre um tratamento justo e equitativo).

Durante os EC e ER procurei respeitar a individualidade e autodeterminação de cada família, a liberdade de expressão, dar resposta às suas necessidades, consciente do meu papel enquanto estudante, ser confidente mantendo o sigilo profissional, respeitando sempre a intimidade e privacidade.

4. LIMITAÇÕES

Foram várias as limitações sentidas para a concretização de todo este projeto. A primeira e para mim mais difícil foi o cansaço acumulado pelo tempo de dedicação à especialidade, com sobreposição de exigências académicas e profissionais, devidas ao horário de 40 horas semanais no meu local de trabalho. Sinto que do ponto de vista pessoal negligenciei aspetos importantes da minha vida pessoal o que condicionou o meu bem-estar e disponibilidade mental.

Relativamente à revisão integrativa da literatura foram várias as limitações que encontrei, nomeadamente na pesquisa nas bases de dados, houveram diversos artigos que me pareceram pertinentes para o tema, no entanto não foi possível aceder ao texto integral disponível. Uma outra limitação foi o acesso às fontes primárias, tendo sido contornado recorrendo a fontes secundárias.

Foi realizada uma seleção exclusiva de artigos em inglês e português, dado não ter forma de traduzir outras línguas fielmente, no entanto posso ter desperdiçado valiosas contribuições publicadas noutras línguas. Apesar de ter encontrado praticamente em todos os artigos amostras significativas, a análise dos artigos selecionados não permite generalização de resultados, pois foram aplicados em contextos socioculturais dispares. Aliado a este fator, a falta de evidência científica demonstrada em Portugal continua também a ser um fator limitador.

Relativamente aos profissionais com quem contactei nomeadamente no primeiro contexto, percebi que existe uma abertura e disponibilidade crescente relativamente às posições de parto verticalizadas, contudo a insegurança e o medo continuam a estar presentes e daí ter sentido a necessidade de passar por um segundo contexto onde as posições verticais são prática há vários anos, o que me permitiu ter mais experiências e mais enriquecedoras na assistência das mulheres que adotam posições verticais no 2º estágio do TP.

Outra limitação encontrada no desenvolvimento da temática em estudo foi o desconhecimento das grávidas acerca das posições verticais durante o TP. Só algumas já tinham ouvido falar, outras não se mostraram dispostas a experimentar e

preferiram a posição de litotomia. As questões culturais ainda se encontram muito enraizadas, tendo o EESMO um longo caminho a percorrer no sentido de promover a utilização destas posições durante o TP. Apesar de ter conseguido desenvolver o meu projeto, o número de experiências foi, para as minhas expectativas, reduzido. No entanto, encontram-se em concordância com a evidência científica mais atual.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio é o culminar de um longo percurso académico, que me permitiu crescer como pessoa e como profissional, e o qual termino com enorme orgulho.

Foram várias as atividades realizadas para a concretização deste sonho salientando as que se prenderam diretamente com o meu projeto individual, elaborado no início deste percurso, relacionado com as posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto geradoras de bem-estar. Nomeio todo o trabalho de ensino/informação junto da mulher/família em relação às várias posições, às vantagens e desvantagens/limitações de cada uma, a sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos neste processo, bem como todo o trabalho desenvolvido na prestação direta de cuidados durante o TP, sendo que os conhecimentos adquiridos com a revisão integrativa da literatura foram uma mais-valia ao longo de todo este processo.

Embora este trabalho não tenha como objetivo extrapolar conclusões, na minha prática pude constatar, em concordância com diversos autores abordados, que a livre escolha da posição de parto é influenciada pela informação que a mulher tem e pela sua cultura. Na minha prática de cuidados houve maior adesão à posição vertical no segundo estágio de TP por parte das mulheres que receberam informação sobre este assunto (quer em cursos de preparação para a parentalidade ou durante a permanência no bloco de partos). Constatei também, através de testemunho informal, grande satisfação por parte das mulheres com a adoção da posição vertical, havendo referência a alívio da dor e maior facilidade em realizar esforços expulsivos. Contrariando alguns autores que apontam as lacerações de 2º grau como uma desvantagem da posição vertical, não observei o seu aumento. Será lícito afirmar que é importante continuar a trabalhar esta área, no sentido de tornar as mulheres cada vez mais proactivas no trabalho de parto, facilitando-lhes experiências de parto mais agradáveis e positivas.

Assim, à luz destas conclusões e analisando a realidade do nosso país, apesar de não trabalhar nesta área, sinto que existem algumas práticas que precisam de ser mudadas para que todas as mulheres possam optar por um parto normal. Baseando-me na minha experiência enquanto estudante de CMESMO, estas mudanças deveriam começar nas escolas, na preparação dos futuros EESMO, onde esta temática deveria estar mais desenvolvida, em termos teóricos e práticos, permitindo que estas competências possam ser desenvolvidas com maior confiança. A formação contínua dos EESMO nos seus locais de trabalho também é fundamental para a sua sensibilização, segurança e mudança de comportamentos. Também seria importante trabalhar e introduzir esta temática ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, durante as consultas de vigilância da gravidez e cursos de preparação para a parentalidade, onde os profissionais devem fornecer informação fundamentada na evidência científica, real e viável. E, para que a realidade no nosso país se altere, é fundamental que a rede de cuidados de saúde primários trabalhe em articulação direta com os serviços de cuidados diferenciados, através da elaboração de protocolos e normas de procedimentos, de modo a que todos partilhem uma linguagem comum. A procura da evidência mais atual aliada à investigação científica em Enfermagem e a atualização constante na área são, a meu ver, as grandes ferramentas para que os cuidados prestados à mulher em todas as fases do seu ciclo reprodutivo sejam ímpares, de excelência e fundamentais à prática de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Desta forma consegui desenvolver as competências comuns e específicas, técnicas, científicas e humanas inerentes à prática de cuidados enquanto EESMOG e contempladas no Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (OE, 2011). Assumi sempre uma postura assertiva, motivada e com espírito de iniciativa nunca esquecendo o meu papel de estudante em processo formativo e de aprendizagem. Este foi um percurso muito trabalhoso e exigente, conforme exposto no presente relatório, mas muito gratificante, uma vez que me possibilitou desenvolver competências numa área pela qual sempre tive um grande interesse e paixão. O parto é o início de uma nova vida e ter a oportunidade de estar presente num momento tão especial da vida daquelas famílias foi muito importante para mim. Ao longo deste percurso dei muito de mim, mas sinto que recebi muito mais, sinto-me muito mais rica, não apenas em conhecimentos, mas também em sentimentos e emoções. Como

futura EESMO gostaria de poder vir a desenvolver a minha atividade na área de cuidados de saúde primários, tenciono participar nas aulas de preparação para a parentalidade influenciando as mulheres para que estas perspetivem o parto em posições verticalizadas, e à posteriori compreender se esse trabalho teve repercussões na saúde da mulher e do RN. Assim, numa componente de investigação, pretendo elevar ao expoente máximo a Ciência de Enfermagem e em especial no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, adequando as minhas ações à evidência científica disponível, analisando constantemente os benefícios relativos à saúde da mulher e do RN, e à satisfação materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus. American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1, 693-711. Acedido em 08.08.2016. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>
- Amorim, M., Duarte, A., Andreucci, C., Knobel, R. & Takemoto, M. (2013). Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *FEMINA*, 41(3),115-124. Acedido em 10.08.2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Boccolini, C.,Carvalho, M., Oliveira, M. & Escamilla, R. (2015). Breasfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Revista de la sociedade Boliviana de Pediatria*, 54(3), 141-147. Acedido em 18.09.2016. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000300005
- Böing, I., Sperandio, F. & Santos, G. (2007). Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *FEMINA*, 35(1), 41-46. Acedido em 23.04.2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458465&indexSearch=ID>
- Botelho, L., Cunha, C. & Macedo, M. (2011). O Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Gestão e Sociedade*, 5(11),121-136. Acedido em 02.2.2016. Disponível em: <http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>.

- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. (3ªed). (1º vol). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se Família*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). *Parir en movimiento*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Castro, J. & Clapis, M. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 960-967. Acedido em 02.04.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>
- Chapman, V. & Charles, C. (2010). *The midwife's labour and birth handbook*. (2ª ed.) Oxford: Wiley- Blackwell.
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V. & Duarte, J. (2014). Contributos da preparação para o parto na percepção de cuidados culturais. *Millenium*, 47, 21-32. Acedido em 03.08.2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Davim, R., Torres, G., Dantas, J., Melo, E., Paiva, C., Vieira, D. & Costa, I. (2008) Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 10(3), 600-609. Acedido em 23.04.2016. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf
- Difranco, J., Keen, R. & Romano, A. (2007). Care practice: Spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 35-38. DOI: 10.1624/105812407X217138

- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*, 39(1), 41-48. Acedido em 22.04.2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- Gayeski, M. & Brüggemann, O. (2009). Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 153-159. DOI:10.1590/S0104-11692009000200003.
- George, J. et al. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Gottval, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114, 1266-1272. DOI:10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x
- Gupta, J. & Nikodem, V. (2000). Maternal posture in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 92(2), 273-277. DOI: 10.1016/S0301-2115(99)00272-9.
- Gupta, J. & Hofmeyr, G. (2009). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *The Cochrane Library*. Acedido em 02.01.2016. Disponível em: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006>.
- Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido em 20.06.2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.
- Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

- Jonge, A., Teunissen, T. & Lagro-Janssen, A. (2004a). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(1), 35-45. Acedido em 20.01.2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15376403>
- Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004b). Birthing positions: a qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 47-55. DOI: 10.1080/01674820410001737432
- Jonge, A., Lagro-Janssen, A., Scheepers, P., Bruin, K. & Diem, M. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 114, 349-355. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.01210.x
- Jonge, A., Lagro-Janssen, A., Scheepers, P., Teunissen, D. & Diem, M. (2008). Womens positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 347-356. DOI: 10.1111/j.13652648.2008.04703.x.
- Jonge, A., Diem, M., Sheepers, P., Buitendijk, S & Lagro-Janssen, A. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondaty analysis. *The International Journal of Clinical Prattice*, 64(5), 611-618. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x.
- King, T. & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. DOI:10.1111/jmwh.12261
- Lamaze International. (2003). *Liberdade de Movimentos Durante o Trabalho de Parto – Instituto Lamaze para o parto normal*. Acedido em 05.05.2016. Disponível em: <http://www.lamaze.org>.

- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República, I série, n.º 180. Acedido 20.08.2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf.
- Lewis, L., Webster, J., Carter, A., McVeigh, C. & Devenish-Meares, P. (2002). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD003934
- Lopes, A. & Fracolli, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto, Contexto, Enfermagem*. 17(4), 771-778. DOI:10.1590/S0104-07072008000400020.
- Lopes, T., Madeira, L. & Coelho, S. (2003). O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *REME*, 7(2), 134-139. Acedido em 24.04.2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/770>
- López, M., Gil, C., López, R., Porteroa, V., Romeroc, L. & Moreno, F. (2010). La vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica del recién nacido. *Elsevier*. DOI: 10.1016/j.farma.2010.09.001
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Mamede, F., Almeida, A. & Clapis, M. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Health Sciences*. 26(2), 295-302. DOI:10.4025/actascihealthsci.v26i2.1580.
- Marshall, J. & Raynor, M. (2014). *Myles textbook for midwives*. (16ª ed.) London: Elsevier, Ltd.

- Matos, T., Souza, M., Santos, E.; Velho, M., Seibert, E. & Martins, N. (2010). Contacto pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6). DOI: 10.1590/S0034-71672010000600020
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis*. 17(4), 758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
- Mercer, J. (2001). Current best evidence: A review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery & Women's health*. 46(6). DOI: 02881-2021
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em 20.03.2016. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum Care for Healthy Women and Babies*. London: NICE.
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T. (2012a). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11). DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2012b). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 33(1), 25-31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal –Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.) Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Politi, S., D'emidio, L., Cignini, P., Giorlandino, M. & Giorlandino, C. (2010). Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(3), 35-42. Acedido em 16.04.2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279180/>
- Porto, A., Amorim, M. & Souza, A. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, 38(10), 527-537. Acedido em 15.01.2016. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf
- Ragnar, I., Altman, D., Tyden, T. & Olsson, S. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), 165-170. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00824.x.
- Raju, T. (2013). Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placenta transfusion. *Wolters Kluwer Health*, 25(2), 180-187. DOI: 10.1097/MOP.0b013e32835d2a9e.

- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Acedido em 15.09.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Roberts, C., Algert, C., Cameron, C. & Torvaldsen, S. (2005). A meta-analysis of upright position in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84(8), 794-798. DOI:10.1111/j.0001-6349.2005.00786.x
- Romano, A. & Lothian, J. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*, 37(1), 94-104. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.X
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. Acedido em 15.09.2016. Disponível em: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Salvador, A. (1986) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica*. (9ª ed.) Porto Alegre: Sulina.
- Santos, P., Souza, M., Pinheiro, C., Santos, M., Monticelli, M. & Diniz, C. (2009). Maternal position at birth and newborn apgar score: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(3). DOI: 10.5935/1676-4285.20092517
- Silva, A., Nascimento, K., Virgílio, M. & Mendonça, R. (2002). Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. *Revista gaucha enfermagem*, 23(2), 27-50. Acedido em 03.02.2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4446/2372>
- Simkin, P. (2003). Maternal positions and pelves revisited. *Birth*, 30(2), 130-132. Acedido em 06.01.2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752171>
- Simkin, P. (2010). The Fetal Occiput Posterior Position: State of Science and a New Perspective. *Birth*, 37(1), 61-71. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00380.x.

- Soong, B. & Barmes, M. (2005). Maternal position at midwife- Attended birth and perineal trauma: Is there an association?. *Birth*, 32(3),164-169. DOI:10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x
- Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J. & Willan, A. (2005). Randomized Controlled Trial of Hands- and- Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor. *Birth* 34(4), 243-251. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00382.x
- Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L. & Kelly, F. (2006). Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 199-202. Acedido em 02.07.2016. Disponível em: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093300>.
- Unidade Curricular de Investigação. (2012). Apontamentos. Professora Botelho, Lisboa: ESEL.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Westhoff, G., Cotter, A. & Tolosa, J. (2013). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2.
- World Health Organization. (2012). *Handbook for guideline development - Recommendations on newborn health*. Geneve: WHO.
- World Health Organization & UNICEF. (2009). *Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care*. Geneve: WHO.

APÊNDICE I

Síntese dos artigos e registo da avaliação crítica dos artigos segundo JBI

ARTIGO Nº 1		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Influence on Birthing Positions Affects Women's Sense
	AUTOR	Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2012
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Averiguar se a adoção de diferentes posições durante o TP contribui para uma maior sensação de controlo e satisfação de mulher	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
CONTEXTO DO ESTUDO	Realizado na Holanda em 54 instituições	
PARTICIPANTES	1154 Puérperas cujo parto foi Eutócico	
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Método de recolha de dados questionários, um às parturiente (incluía os dados demográficos, a posição adotada do 2º estágio, as posições conhecidas e as preferências) e o outro às respetivas parteiras (incluía dados do parto e dados sociodemográficos das parturientes como forma de confirmação das respostas). Na análise dos dados recolhidos, agruparam os participantes em posição supina e não supina.	
RESULTADOS		
As parturientes sentem maior controlo, quando são elas a decidir ou em consonância com a parteira, sobre a posição a adotar no TP, quando frequentam aulas de preparação para o parto e adquirem a noção de que podem participar ativamente no parto, quando sentem dor durante o 2º estágio e quando o parto é domiciliário.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
As parteiras devem ter um papel fundamental no empoderamento e consequente satisfação da mulher, ao apoiarem a tomada de decisão, a adoção de diferentes posições mais confortáveis que beneficiem a descida fetal, contribuindo assim para experiências de parto positivas, dando origem à sensação de bem-estar e de dever cumprido.		

ARTIGO Nº: 1 - Influence on Birthing Positions Affects Women's Sense

JBI Qari – Qualitative Assessment and Review Instrument

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X		
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			
TOTAL	8	2	0	0

ARTIGO Nº 2		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives
	AUTOR	Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L. & Kelly, F.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2006
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Comparar as implicações no pós-parto na Mãe e no RN resultantes da adoção de posições supinas e não supinas durante o TP	
TIPO DE ESTUDO	Experimental não Randomizado	
AMOSTRA	198 parturientes de baixo risco gravídico, 100 adotaram posição supina e 98 não supina (sentada, cócoras e de 4 apoios).	
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Efetuada logo após o parto e incluiu: o índice de Apgar, dados demográficos, perda de sangue estimado, peso de RN, integridade perineal, edema perineal, posição adotada no 2º estágio.	
RESULTADOS		
As mulheres que pariram em posições não supina apresentaram danos perineais significativamente inferiores, menor incidência de edema perineal e menos perda de sangue. Apesar da duração do 2º estágio de TP em posições não supina fosse inferior, a diferença em relação à posição supina não teve relevância significativa. Não surgiram indicadores de maior risco para o RN e para as Mães na adoção de posições não supina.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
A adoção de posições não supinas pode ser considerada segura e como prevenção para reduzir possíveis danos perineais, assim como para evitar grandes perdas de sangue. Assim, as parteiras devem encorajar as mulheres a adotarem posições não supina para beneficiar das suas vantagens.		

ARTIGO Nº : 2- Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs
Nonsupine Delivery by Midwives

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control/Pseudo-randomised Trial
MAStARI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Was the assignment to treatment groups truly random?		X		
2) Were participants blinded to treatment allocation?		X		
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X		
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?		X		
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
TOTAL	6	4	0	0

ARTIGO Nº 3		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Maternal Position at Birth and the Newborn Apgar Score
	AUTOR	Santos, P., Souza, M., Pinheiro, C., Santos, M., Monticelli, M. & Diniz, C.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2009
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Relacionar a posição materna no 2º estágio do TP com as condições do RN avaliadas pelo IA	
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo – Estudo Transversal	
CONTEXTO DO ESTUDO	Realizado numa Maternidade Escola no Brasil entre 01.01.1996 e 31.12.2005	
PARTICIPANTES	8538 RN	
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Foram incluídos todos os partos eutócicos, com a mulher em posição vertical ou supina no 2º estágio do TP, tendo sido comparados os IA dos RN no 1º, 5º e 10º minutos. Excluídos os partos em que: idade gestacional inferior a 37 semanas, gravidez gemelar e partos distócicos.	
RESULTADOS		
As médias do IA no 1º minuto foram 8,11 nos partos verticais e 8,04 nos em posição supina. Em parturientes adolescentes esta diferença foi mais acentuada.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Dada a segurança, efetividade e alta aceitabilidade destas medidas, é urgente que os serviços de saúde ofereçam esta possibilidade de escolha a todas as parturientes. Para tal, é proposta a educação/ formação dos profissionais sobre as evidências e sobre como assistir o parto em diferentes posições.		

ARTIGO N° : 3- Maternal Position at Birth and the Newborn Apgar Score

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is Sample representative of patients in the population as a whole?	X			
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X			
3) Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?			X	
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	X			
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	X			
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?				X
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
TOTAL	7	0	1	1

ARTIGO Nº 4		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review
	AUTOR	Jonge, A., Teunissen, T.& Lagro-Janssen, A.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2004
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Comparar os riscos/ benefícios da adoção da posição supina com posições verticais ou laterais durante o 2º estágio do TP	
TIPO DE ESTUDO	Meta- Análise	
METODOLOGIA	Pesquisa feita à Literatura desde 1966 até à data do estudo (2004) nas bases de dados mais conceituadas.	
ANÁLISE DE DADOS	Inicialmente foram encontrados 46 artigos e após triagem de relevância e nível de evidência resultou num total de 10 estudos dos quais 9 são estudos randomizados controlados e outro é um estudo de cortes.	
RESULTADOS		
A posição de supina demonstrou estar associada a um aumento de partos instrumentalizados, aumento de relatos de dor grave, aumento da duração do 2º estágio de TP e menor índice de satisfação materna em comparação com as outras posições. Não se verificou diferenças nos IA dos RN nas diferentes posições. Existem dados contraditórios relativamente às perdas sanguíneas.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
O uso rotineiro da posição de supina não trás benefícios e não existem riscos acrescidos na adoção de outras posições.		

ARTIGO N° : 4- Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review.

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is the review question clearly and explicitly stated?	X			
2) Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X			
3) Was the search strategy appropriate?	X			
4) Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5) Were the criteria for appraising studies appropriate?	X			
6) Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7) Were there methods to minimize errors in data extraction?			X	
8) Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9) Was the likelihood of publication bias assessed?		X		
10) Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11) Were the specific directives for new research appropriate?		X		
TOTAL	8	2	1	0

ARTIGO Nº 5		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	A meta-analysis of upright position in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia.
	AUTOR	Roberts, C., Algert, C., Cameron, C. & Torvaldsen, S.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2005
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Analisar se a efetividade da adoção de posições verticais no 2º estágio do TP reduz o rácio de partos instrumentalizados em mulheres com epidural.	
TIPO DE ESTUDO	Meta – Análise	
METODOLOGIA	Pesquisa feita nas bases de dados Medline, Embase, Cinahl e Cochrane trials register, sem data de início até Julho de 2003.	
ANÁLISE DE DADOS	Estudos controlados randomizados que comparem os resultados obtidos nos partos verticais com horizontais, ambos com analgesia epidural. Foram selecionados 2 estudos com dados de 281 partos que foram extraídos e analisados independentemente por dois analistas, usando o software de análise estatística “stata”.	
RESULTADOS		
Os dados demonstraram haver uma grande, mas sem significância estatística, redução do risco de instrumentalização e de cesarianas nos partos verticais em comparação com os horizontais.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Os resultados são inconclusivos, mas justificam um estudo de grande escala que possa clarificar se os efeitos observados são reais ou apenas resultantes do tamanho da amostra.		

ARTIGO Nº: 5 - A meta-analysis of upright position in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia.

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is the review question clearly and explicitly stated?	X			
2) Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X			
3) Was the search strategy appropriate?	X			
4) Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5) Were the criteria for appraising studies appropriate?	X			
6) Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7) Were there methods to minimize errors in data extraction?			X	
8) Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9) Was the likelihood of publication bias assessed?		X		
10) Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?			X	
11) Were the specific directives for new research appropriate?	X			
TOTAL	8	1	2	0

ARTIGO Nº 6		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Maternal position at midwife- Attended birth and perineal trauma: Is there an association?
	AUTOR	Soong, B. & Barmes, M.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2005
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Analisar a associação entre a posição materna e as lesões perineais resultantes, em partos espontâneos, eutócicos assistidos por parteiras.	
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo – Estudo Controlado Randomizado	
CONTEXTO DO ESTUDO	5818 partos realizados entre 01.07.1999 e 31.03.2002 no Hospital Escola de Queensland	
PARTICIPANTES	3756 partos	
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Foram adicionados novos parâmetros à base de dados do serviço de obstetrícia e do bloco de partos. A colheita e registo de dados foram realizadas pelas parteiras. As variáveis incluíam a idade, paridade, posição materna no período expulsivo, posição fetal, lesões perineais, necessidade de sutura, perda de sangue estimada, peso do RN. As parteiras assistentes encorajaram as mulheres a parirem nas posições desejadas.	
RESULTADOS		
São 4 fatores que estão significativamente associados com a ocorrência de lesões perineais: primíparas, analgesia epidural, cabeça fetal defletida, peso do RN igual ou superior a 3,5 kg. Relativamente à posição materna no período expulsivo, o estudo revelou que a posição semi-reclinada aumenta significativamente o risco de lesões perineais, contrariamente à posição de 4 apoios que diminui significativamente esta ocorrência.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Deve ser dada a possibilidade às mulheres de parirem na posição em que se sintam mais confortáveis. No entanto é dada responsabilidade aos profissionais de saúde de informar as mulheres do risco de lesões perineais relativos à posição escolhida. Devido às limitações do estudo sugere-se um estudo mais amplo para eliminar dúvidas acerca da evidência científica deste tópico.		

ARTIGO Nº : 6 - Maternal position at midwife- Attended birth and perineal trauma:

Is there an association?

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control/Pseudo-randomised Trial
MAStARI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Was the assignment to treatment groups truly random?		X		
2) Were participants blinded to treatment allocation?	X			
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?			X	
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?		X		
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?		X		
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
TOTAL	6	3	1	0

ARTIGO Nº 7		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth.
	AUTOR	Gottval, K., Allebeck, P. & Ekéus, C.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2007
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Determinar a influência da posição materna durante o período expulsivo na ocorrência de lacerações do esfíncter anal.	
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo – Estudo de Corte Transversal	
CONTEXTO DO ESTUDO	Partos eutócicos que ocorreram ente 2002 e 2005 num Hospital Escola em Estocolmo	
PARTICIPANTES	12782 partos	
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Extraídos da base de dados digital do Hospital, no qual constavam 19157 partos. Foram excluídos os partos de gravidezes gemelares, e distócicos. Os dados foram inseridos pelas parteiras, que tem a função de recolher de forma sistemática e protocolada. As variáveis registadas e incluídas no estudo foram: Paridade, idade materna, idade gestacional, indução do parto, anestesia epidural (alívio ou não da dor), episiotomia, duração do 2º estágio, posição materna no 2º estágio, posição fetal, IA 1º e 5º minuto, asfixia fetal, peso do RN e perímetro cefálico.	
RESULTADOS		
As maiores ocorrências de lacerações do esfíncter anal, foram encontradas em mulheres que pariram na posição de litotomia (6,9 %), e de cócoras (6,4 %), e houve maior incidência em primiparidade (do que em múltiparas). A menor taxa de incidência de lesão do esfíncter anal foi em mulheres que adotaram a posição lateral. Outros indicadores como idade materna inferior a 35 anos, utilização de epidural, duração do 2º estágio prolongada, utilização de ocitocina, RN com mais de 4 kg, perímetro cefálico superior a 35 cm, também se revelaram como indicadores de risco para a ocorrência de lesão do esfíncter anal.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Sendo os resultados relevantes para a crescente evidência de que a posição materna influencia a incidência de lesão do esfíncter anal, sugere-se formação contínua dos profissionais no sentido de minimizar estas ocorrências no futuro.		

ARTIGO Nº : 7 - Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth.

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is Sample representative of patients in the population as a whole?	X			
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X			
3) Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?			X	
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	X			
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	X			
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?				X
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
TOTAL	7	0	1	1

ARTIGO Nº 8		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.
	AUTOR	Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M.
	ANO DE PUBLICAÇÃO	2012
OBJECTIVOS DO ESTUDO	Analisar os riscos e benefícios do uso de diferentes posições, durante o 2º estágio de TP, em partos sem analgesia epidural.	
TIPO DE ESTUDO	Meta- análise	
METODOLOGIA	Pesquisa feita na base de dados Cochrane Pregnancy e Childbirth Group Trials Register desde 2005 até 2012. Selecionados estudos randomizados que comparam qualquer posição vertical ou lateral com as posições de litotomia, durante o 2º estágio. Foram selecionados 22 estudos com dados de 7280 partos.	
ANÁLISE DE DADOS	Efetuada por dois analistas independentes, que verificaram e avaliaram os estudos resultantes da pesquisa e extraíram os respetivos dados. A análise estatística foi processada com o software “review manager”	
RESULTADOS		
Não se verificou uma diminuição relevante da duração do 2º estágio do TP. Nos partos verticalizados houve diminuição significativa do numero de partos instrumentalizados, diminuição de episiotomias, aumento de lacerações de grau II, maior perda de sangue estimada (superior as 500 ml), e menos ocorrência de alterações na frequência cardíaca dos RN.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
A adoção de posições verticais no 2º estágio de TP, em mulheres sem epidural traz inúmeros benefícios, mas também aumenta o risco de perdas hemáticas superiores as 500 ml. Até que os riscos e os benefícios das várias posições estejam cientificamente delineados, sugere-se que se apoie a mulher a adotar a posição em que se sinta mais confortável, informando-a dos riscos e benefícios dessa escolha.		

ARTIGO Nº : 8 - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is the review question clearly and explicitly stated?	X			
2) Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X			
3) Was the search strategy appropriate?	X			
4) Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5) Were the criteria for appraising studies appropriate?	X			
6) Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?			X	
7) Were there methods to minimize errors in data extraction?			X	
8) Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9) Was the likelihood of publication bias assessed?	X			
10) Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11) Were the specific directives for new research appropriate?	X			
TOTAL	9	0	2	0

APÊNDICE II

Registro dos cuidados prestados no instrumento de registro de interação

Nome/ idade/ IO/ IG	Vigilância pré-natal onde? A- Curso de ppp? Sim/Não B-Abordou o tema? Sim/Não C- Teórico ou prático?	Posição do 2º estágio dos partos anteriores	1- Hora de início do 2º estágio 2- Hora de início do período expulsivo 3-Posições do segundo estágio: a- Pé b- Sentada c- Cócoras d- 4 apoios e- Litotomia modificada f- De lado 4-Quem tomou a decisão da mudança de posição 5-Razões	Episio/ Laceração	Hora Apgar RN Peso	Fator de cuidado 1, 2,3,4,5,6,7,8,9 e 10.	Observações
------------------------------	--	--	---	----------------------	--------------------------	--	-------------

A.R. 32A 0000 37+5	C.S. Oeiras A- Sim B- Sim C- Teórico	-	1- 0:30 2- 1:00 3 – b, e 4 - Profissional / mulher 5 - Descida da apresentação/ conforto	episio	1:57 9/10/10 2810 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu litotomia
A.R. 33A 0000 38+2	Privada A- Não	-	1- 12:30 2- 13:00 3- c, b, e 4- Profissional 5- Descida da apresentação	episio	13:23 9/10/10 2925 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu litotomia
T.G. 30A 0010 40+2	C.S. Oeiras A- Não	-	1 - 1:00 2- 2:05 3- d, f, c, e 4 - Profissional	episio	2:30 9/10/10 3410 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu litotomia Nasceu em ocipito anterior

L.R. 20A 0000 39+2	5 - Ocipito posterior e descida da apresentação						
	C.S. Sintra	-	1 - 1:20	Períneo	1:51	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	A – Não		2 – 1:40	íntegro	10/10/10	9,10	litotomia
			3 – d, b, e		2845 gr		Nasceu em
			4 – Profissional				ocipito anterior
T.D. 36A 1011 39+2	5 – Ocipito posterior e descida da apresentação						
	C.S. Sintra	e	1 – 11:00	Laceração	11:33	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	A - Não		2- 11:25	grau I	9/10/10	9,10	litotomia
			3 – b, e		4095 gr		
			4 – Profissional				
C.C. 30A 0000 40+3	5 – Descida da apresentação						
	Privada	-	1- 19:00	episio	19:39	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	A - Não		2- 19:25		9/10/10	9,10	litotomia
			3- c, e		3370 gr		
			4- Profissional				
A.C. 24 A 1001 41	5 – Descida da apresentação						
	C.S. Mem Martins	e	1 – 2:20	episio	2:46	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	A - Não		2- 2:40		9/10/10	9,10	litotomia
			3 – b, e		3460 gr		
			4 – Profissional				
P.A. 28A 0000 40+5	5 – Descida da apresentação						
	C.S. São Domingos	-	1 – 20:30	episio	21:30	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	de Rana		2 – 21:10		9/10/10	9,10	litotomia
	A – Sim		3 – b, a, e		3465 gr		
	B – Sim		4 – Mulher				
S.S. 34 A 0000	C – Teórico		5 – Conforto				
	C.S. Algueirão	-	1 – 11:00	episio	11:13	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
	A- Sim		2 – 11:10		10/10/10	9,10	litotomia
	B – Sim		3 – d, c, e		3090 gr		

39+4	C – Teórico		4 – Profissional				Nasceu em
			5 – Ocipito posterior e descida da				ocipito
			apresentação				anterior
M.M.	C.S. Sintra	-	1 – 9:20	Laceração	9:47	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
29 A	A – Sim		2 – 9:35	grau II	9/10/10	9,10	litotomia
0000	B – Sim		3 – c, e		2970 gr		
38	C – Teórico		4 – Profissional				
			5 – Descida da apresentação				
I.M.	C.S. Parede	-	1- 22:45	episio	23:12	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
25A	A- Não		2 – 23:00		9/10/10	9,10	litotomia
0000			3 – c, b, e		3290 gr		
40+6			4 – Profissional				
			5 – Descida da apresentação				
H.A.	C.S. Mem Martins	e	1 – 13:15	Laceração	13:56	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
25A	A – Não		2 – 13:20	grau II	9/10/10	9,10	litotomia
1001			3 – c, e		3260 gr		
40+4			4 – Profissional				
			5 – Descida da apresentação				
C.M.	C.S. Estoril	e	1 – 9:50	Laceração	10:04	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
35A	A- Não		2 – 10:00	grau I	10/10/10	9,10	litotomia
2002			3 – b, e		2780 gr		
38+1			4 – Profissional				
			5 – Descida da apresentação				
V.S.	Privada	e	1 – 14:40	episio	15:29	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
35A	A - Não		2 – 15:00		9/10/10	9,10	litotomia
1001			3 – c, e		2730 gr		
37+2			4 – Profissional				
			5 – Descida da apresentação				
L.O.	HPP Cascais	-	1 – 10:00	episio	11:10	1,2,3,4,5,6,7,8,	Pariu
21A	A- Não		2 – 10:20		9/10/10	9,10	litotomia
0010			3 – c, e		3590 gr		

39+5	4 – Profissional 5 – Descida da apresentação						
M.M. 39A 1021 40+4	Privada A - Não	e	1 – 17:45 2- 17:55 3 – c 4 – Profissional 5 – Descida da apresentação	episio	18:10 10/10/10 3550 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu cócoras Menos dor Mais fácil
S.S. 29A 1001 39+4	C.S. Oeiras A – Não	e	1 – 23:25 2- 23:30 3 – b, c 4 – Profissional 5 – Descida da apresentação	Períneo íntegro	23:39 10/10/10 3140 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu cócoras Menos dor Mais rápido Adorei abraçar logo o bebé
M.P. 33A 1001 40+6	Privada A – Não	e	1 – 0:15 2 – 0:25 3 – c 4 – Profissional 5 – Descida da apresentação	Laceração grau II	0:45 9/10/10 3160 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu cócoras Mais força e controlo na força Menos dor
M.S. 33A 0000 38+3	Privada A – Não	-	1 – 19:30 2 – 19:50 3 – b 4 – Profissional 5 – Descida da apresentação	Laceração grau I	20:26 10/10/10 3018 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu sentada no banco Não sentiu dor
A.G. 36A 0000 41+1	Privada A – Sim B - Sim C – Teórico	-	1 – 6:00 2 – 6:20 3 – a, f, b 4 – Profissional e mulher 5 – Descida da apresentação e quando teve vontade de fazer força	Períneo íntegro	6:28 10/10/10 3235 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu sentada no banco Teve o parto que sempre imaginou, sente-se realizada

M.C. 33A 0010 40+1	C.S. Corroios A - Não	-	1 – 10.30 2 – 11:00 3 – b 4 – Profissional 5 – Descida da apresentação	Laceração grau I	11:36 10/10/10 2585 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu sentada no banco Tive um parto tão lindo
A.H. 36A 1011 41	C.S. Ninho da Maré A – Sim B – Sim C - Teórico	e	1 – 15.50 2 – 16 3 – b 4 – Profissional 5 – Para fazer força	Laceração de grau I	16:05 10/10/10 3845 gr	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10	Pariu sentada no banco, sem epidural Muito grata por ter vivenciado o parto idealizado